



Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 10, Nº 1, 2019



submissão online

O NURSING NOW DESEMBARCA NO BRASIL PARA EVIDENCIAR A FORÇA E A CAPACIDADE DA ENFERMAGEM



Manoel Neri*

O Programa mundial de fortalecimento da enfermagem - Nursing Now, chega ao Brasil no próximo dia 24 de abril. A campanha global Nursing Now (Enfermagem Agora) destaca o papel da enfermagem e sua importância para o alcance das metas de saúde pactuadas pelos países membros da ONU. A iniciativa foi idealizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), e está sendo lançada em todos os países que integram o ICN. A ideia é que, durante os próximos dois anos, o ICN e OMS se mobilizem para elevar o status da enfermagem, considerando seu papel central na concepção e implementação das políticas de Saúde que assegurem a universalidade do acesso.

Estudo da OMS prevê que até 2030 irá faltar mais de 9 milhões de enfermeiros no mundo. E faltar profissionais da enfermagem significa desfalcar a área da saúde de forma devastadora. Alguns países, como os da África já passam por essa triste realidade. O Nursing Now tem como meta fortalecer a enfermagem e atrair mulheres e homens para fazerem o curso, se aperfeiçoarem e estarem aptos a se tornarem os profissionais que irão ajudar a cuidar das populações, a realizarem pesquisas, a liderar a implementação de políticas públicas e campanhas contra doenças como tuberculose, Aids, e outras tantas que têm ceifado milhares de vidas em todos os quatro cantos da terra.

O Brasil entrou na campanha por meio de parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e o Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, vinculado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (CCOMS-EERP/USP). À intenção é fortalecer nossos profissionais e dar a eles o destaque que merecem na área da saúde, e também disseminar as práticas de enfermagem efetivas e inovadoras, que vem sendo desenvolvidas.

Mas nossa enfermagem grita também por medidas urgentes para que não se esmoreça de vez. Nossos profissionais estão adoecendo pela falta de uma carga horária mais humana, por uma política salarial mais justa, por melhores condições de trabalho, como uma sala de descanso nas instituições. Sim, um lugar para descansar da rotina pesada do dia a dia, porque em muitas instituições onde trabalham, não têm um local com

as mínimas condições para que possam repor suas energias, após uma jornada de 12 e até 24 horas de trabalho. As políticas de valorização do trabalhador de nosso país, se esqueceram da classe há muitos anos.

Os Conselhos de Enfermagem, a OPAS e a OMS, estão juntos nessa missão de mostrar às autoridades e à população, a urgência de mudar a realidade da categoria. De chamar à razão os parlamentares, governantes, administradores e gestores públicos, para que percebam a necessidade que se faz presente, da aprovação dos projetos de lei que estão no Congresso, parados há mais de 15 anos. Essa percepção precisa chegar também na educação, para que tenhamos cursos de qualidade e possamos formar profissionais qualificados para cuidar da população. Para que sejam barrados os cursos de graduação em EaD, sem estrutura para dar uma boa formação aos estudantes.

Quando falo sobre um melhor atendimento, uma saúde de qualidade, refiro-me a mais de 200 milhões de brasileiras e brasileiros que precisam receber atendimento em muitos momentos de suas vidas. A urgência da enfermagem, dos mais de dois milhões de profissionais espalhados pelo Brasil, é somada à urgência da melhoria da própria saúde do país. Da urgência de fortalecer o SUS, o maior sistema de saúde do mundo, o único universal e irrestrito, e o maior empregador da Enfermagem.

A campanha Nursing Now chega no momento certo, junto com os novos governantes que precisam mudar a realidade da política da saúde para erradicar novamente doenças como o sarampo e a rubéola, que já estavam erradicadas, para dar prosseguimento a programas que visam a saúde e não a doença, a intensificar estudos e pesquisas que vão dar mais qualidade de vida à população.

A meta dos Conselhos de Enfermagem, junto aos organismos de saúde, é fortalecer e valorizar nossos profissionais e mostrar para todos a capacidade de trabalho e a plena condição que eles têm para participarem das discussões sobre as políticas públicas do país. Sua importância é vital, sua força e sua presença em todos os lugares que tem saúde e doença é imprescindível.

O Nursing Now nasceu para colocar a enfermagem em destaque e na liderança. Aqui no Brasil, queremos mostrar o valor dessa profissão, os trabalhos importantes que são desenvolvidos em todas as áreas em que trabalham. Queremos principalmente, não deixar morrer a profissão que está presente no nascer e que salva vidas. 2020 foi proclamado pela OMS, o Ano da Enfermagem. Queremos que todos os anos sejam de uma enfermagem saudável, respeitada e percebida como uma das áreas mais importantes para a vida. E será em busca dessas metas a atuação do Nursing Now no Brasil.

*Manoel Neri é enfermeiro e presidente do Conselho Federal de Enfermagem.

PREDITORES CLÍNICOS INTERVENIENTES NA ADESÃO DE USUÁRIOS DE ANTICOAGULANTE ORAIS

Sérgio Henrique Simonetti¹, Ana Cristina Mancussi² e Faro Estela Regina Ferraz Bianchi²

Objetivo: Identificar os fatores intervenientes para a não adesão de usuários da terapia com anticoagulante oral na manutenção da faixa terapêutica. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 607 pacientes, realizado em Centro de Anticoagulação Oral em Hospital Público de Cardiologia. Os dados foram coletados através de um formulário entre 2014-2015, e analisados estatisticamente por testes de comparação e associação. **Resultados:** Identificaram-se 52% sexo feminino, 57% casados, faixa etária maior que 60 anos 62%, ensino fundamental incompleto 42%, provenientes de São Paulo 93%. Na análise multivariada obtiveram-se como significativas; escolaridade, renda familiar, uso inadequado, interação medicamentosa, procedimentos invasivos, interações alimentar, atividade física, condições clínicas, outros fatores e complicações próprias do uso do medicamento. **Conclusão:** O estudo apresentou-se com alto valor preditivo mediante os fatores intervenientes de não adesão e possibilitou as tomadas de decisões direcionadas para o problema pelo enfermeiro, propondo escore de melhoria para a adesão e manutenção na faixa ideal.

Descritores: Cardiologia; Anticoagulantes; Adesão à medicação; Enfermagem.

CLINICAL PREDICTORS INVOLVED IN ADHESION OF ORAL ANTICOAGULANT USERS

Objective: to identify the factors involved to the non-adherence of oral anticoagulant therapy users in the maintenance of the therapeutic range. **Methodology:** this cross-sectional study conducted with 607 patients held in centre of Oral anticoagulation in public Hospital of cardiology. The data were collected through form between 2014-2015, and statistically analyzed for comparison and Association tests. **Results:** 52% were female, 57% married, age greater than 60 years 62%, 42%, incomplete basic education from São Paulo 93%. In multivariate analysis significant were obtained; education, family income, misuse, drug interaction, invasive procedures, food interactions, physical activity, clinical conditions, other factors and complications specific to the use of the medicine. **Conclusion:** the study had a high predictive value by the participating factors of non-adherence an allowed the nurse to make decisions for the problem proposing an improvement score for the adherence, and maintenance in the ideal range.

Descriptors: Cardiology; Anticoagulants; Medication adherence; Nursing.

PREDICTORES CLÍNICOS IMPLICADOS EN LA ADHESIÓN DE LOS USUARIOS DE ANTICOAGULANTE ORAL

Objetivo: identificar los factores involucrados a la no adherencia de los usuarios de la terapia anticoagulante oral en el mantenimiento de la gama terapéutica. **Metodología:** este estudio transversal realizado con 607 pacientes llevó a cabo en el centro de la anticoagulación Oral en el Hospital público de Cardiología. Los datos fueron recogidos através de un formulario entre 2014-2015 y se analizaron estadísticamente para comparaciones o pruebas de asociación. **Resultados:** 52% eran mujer, 57% había casado, edad mayor de 60 años 62%, 42%, educación básica incompleta de São Paulo 93%. En análisis multivariante significativas se obtuvieron; Educación, ingreso familiar, mal uso, interacción de medicamentos, procedimientos invasivos, interacciones de alimentos, actividad física, condiciones clínicas, otros factores y complicaciones específicas para el uso de la medicina. **Conclusión:** este estudio mostró alto valor predictivo mediante los factores de intervención de no adhesion y posibilito las tomadas de decisiones direcionadas para el problema por el enfermero y propone puntuación mejora de membresía y mantenimiento en el rango ideal.

Descriptores: Cardiología; Anticoagulantes; Cumplimiento de la medicação; Enfermería..

¹Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia-São Paulo,SP.

²Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP,SP.

Autor correspondente: Sérgio Henrique Simonetti. E-mail: shs.nurse04@gmail.com

INTRODUÇÃO

Inúmeros fatores destacam-se para o acompanhamento da terapia com Anticoagulantes Oraís e, dentre os principais fatores, o conhecimento multidisciplinar sobre o anticoagulante oral (mecanismo de ação, tipo de anticoagulante, indicação de uso, faixa terapêutica ideal, dieta, interações medicamentosas, manuseio pré-operatório)¹, condições de monitoração efetiva do anticoagulante oral e adesão do paciente ao tratamento se destacam como desafio para terapia eficaz no manejo do medicamento.

Para identificar as causas mensuráveis da variabilidade substancial da resposta individual aos anticoagulantes orais, existe uma necessidade continuada de investigação, como os antagonistas da vitamina K e cumarínicos. Ter conhecimento de tais causas melhora a previsibilidade e redução de elevados níveis de morbidade e mortalidade associado a esses tratamentos, sejam eventos tromboembólicos como também o esperado no tratamento, ou seja, sangramentos².

Como há alto risco de sangramentos³, a monitorização laboratorial deve ser frequente, assim como o acompanhamento desses dados, para a análise da eficácia da combinação da terapia antiplaquetária e o uso de anticoagulantes orais.

O acompanhamento dos exames realizados e da terapia com anticoagulante oral devem ser mantidos por um registro contínuo, com a data da próxima verificação da Relação Normatizada Internacional, o que permite que os enfermeiros e usuários consigam compreender e estejam cientes quando o resultado do exame atual indica as razões de alterações, e que se fazem necessários o ajuste e reajuste das doses e a duração do tratamento^{4,5}.

Diante desta perspectiva, diversos métodos de investigação já foram utilizados para essa temática; embora existam estudos que abordam o assunto, tornou-se necessário responder a pergunta de pesquisa “Quais são os preditores para não adesão de usuários de anticoagulantes orais”?

Ante o exposto, o objetivo neste estudo buscou identificar os fatores intervenientes para a adesão de usuários da terapia com anticoagulante oral na manutenção da faixa terapêutica desejada, para portadores de próteses mecânicas valvares de 2,5 a 3,5 e demais indicações tromboembólicas, 2,0 a 3,0, de acordo com os Consensos Nacionais e Internacionais da área em Cardiologia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal e prospectivo de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi constituída obedecendo aos critérios de inclusão: idade acima de 18 anos; alfabetizados; usuários cadastrados no sistema de Anticoagulação oral após a segunda semana do uso de anticoagulação oral. Para definir o cálculo amostral, utilizaram-se o quantitativo de usuários cadastrados ativos, pela média de usuários atendidos no dia-a-dia, definindo-se 607 usuários.

Local do estudo

O estudo foi realizado em Centro de Anticoagulação Oral, de uma Instituição Pública considerada um centro terciário especializado em Cardiologia. O centro de Anticoagulação Oral mantém 12.000 pacientes cadastrados e destes 5.000 se mantêm ativos em tratamento, e com o crescimento vertiginoso o atendimento diário de pacientes, são 300 pacientes.

Coleta dos dados

Para coleta de dados, utilizou-se um formulário contendo na primeira parte as variáveis sociodemográficas e, na segunda parte do formulário, os dados relacionados à condição de saúde e clínica do usuário de anticoagulante oral. Os dados foram colhidos entre 2014-2015.

Procedimentos de análise dos dados

Foram consideradas as variáveis de desfecho os exames referentes à Relação Normatizada Internacional que se apresentaram dentro ou fora da faixa terapêutica, durante o acompanhamento agendado, no período de um ano. As variáveis de predição foram: a manipulação do medicamento, a interação medicamentosa e a dieta alimentar, a atividade física, os procedimentos e cirurgias, o uso adequado do medicamento e os problemas de saúde.

Na análise estatística, utilizou-se o programa SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 (SPSS Institute, Chicago, Illinois). O grupo foi descrito por frequências absolutas (n) e relativas (%) dos usuários nas categorias de respostas de medidas qualitativas. As medidas quantitativas foram resumidas em médias, medianas e suas variações por desvio padrão e/ou percentis.

Foram avaliados os efeitos das medidas da amostra que supostamente teriam efeito na adesão ou não ao tratamento: Variáveis de predição; Interações Medicamentosas, Dieta, Atividade física, Procedimentos e cirurgias, Uso adequado do medicamento, Problemas de Saúde; por testes de associação qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher ou por testes de comparação de t de Student ou não paramétrico de Mann-Whitney.

Procedimentos éticos

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob Processo n. 4420/2014.

RESULTADOS

Foi predominante sexo feminino 315 (52%), casados 348 (57%), com faixa etária maior que 60 anos 341 (56%) e etnia branca 436 (72%); de religião católica 378 (62%), nível de escolaridade ensino fundamental incompleto 280 (42%); referiram um dependente financeiro 397 (62%), provenientes do Estado de São Paulo-SP 592 (93%), da região metropolitana, zona sul 171 (48%) e 123 (20%) aposentados.

Ao avaliar o perfil clínico, identificou-se que 247 (40%) estavam com os exames fora do nível considerado normal, menor que 2 e maior que 3 para os usuários com indicação tromboembólica e menores que 2,5 e maior que 3,5 para portadores de próteses mecânicas.

Dos usuários que referiram realizar procedimentos invasivos ou que realizaram tratamentos clínicos, identificou-se 12 (2%) clínicos, 21 (4%) cirúrgicos, 26 (5%) invasivos, e oito (1%) odontológicos, e 540 (88%) não fizeram tratamentos.

As patologias foram classificadas em clínicas 783 (51%), cirúrgicas 360 (24%) e as comorbidades 384 (25%), Quanto às patologias clínicas apresentadas nesta população, destacaram-se os portadores de 30 tipos de cardiopatias.

Para verificar se houve associações entre as variáveis de desfecho e as variáveis de predição, utilizou-se o teste exato de Fisher.

Na tabela 1, constam as preditoras, o uso inadequado e a interação medicamentosa. O uso inadequado apresentou-se com o exame alterado, e o esquecimento de até cinco dias sem uso e/ou doses menores ou maiores são condições que fazem com que a Relação Internacional Normalizada esteja fora dos parâmetros normais preconizados.

Tabela 1. Relação das variáveis preditoras, uso inadequado e interação medicamentosa, segundo exame alterado. São Paulo, 2015.

Variáveis	Categorias	Exame normal		Exame alterado		p-valor
		Nº	%	Nº	%	
Uso Inadequado	Uso Adequado	237	96	188	52,2	< 0,001
	Dose Maior	2	0,8	43	11,9	
	Dose Menor	8	3,2	129	35,8	
	Subtotal	247	100	360	100	
Interação Medicamentosa	Sim	5	2,0	132	36,7	< 0,001
	Não	242	98,0	228	63,3	
	Subtotal	247	100	360	100	

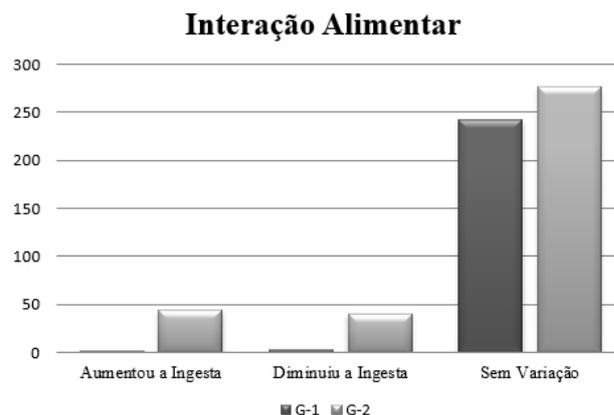
A análise da variável interação medicamentosa com a

Relação Normalizada Internacional alterada apresentou importância significativa, pois identificou-se que determinadas medicações causam alteração do exame, sejam para potencializar ou minimizar o efeito do anticoagulante oral; assim....assim como o ato de realizar procedimento ou tratamento clínico e/ou cirúrgico, obteve significância em relação ao exame alterado, pois nestas situações os usuários deixam de informar o Centro de Anticoagulante Oral e/ou o enfermeiro, sobre a suspensão e/ou desuso do anticoagulante oral e/ou a troca de trombolíticos do oral para o subcutâneo.

Já para interação alimentar, o hábito alimentar obteve significância na relação com o exame alterado, pois o ato de variar nas refeições a ingesta de alimentos ricos em vitamina K, o aumento exacerbado ou a diminuição ou a mudança de hábitos são preditores que causam alteração do exame.

Nota-se que, na figura 1, o grupo representado pelo grupo 1 (G-1 - exame não alterado), destacou-se prevalente na categoria sem variação. No entanto, o grupo 2 (G-2 - exame alterado) configurou-se significativo para ambas as categorias, aumento ou diminuição da ingesta de alimentos ricos em vitamina K.

Figura 1. Interação Alimentar. São Paulo, 2015.



Relacionada à prática de atividade física, a variável apresentou-se significativa em relação com o exame alterado, tanto no quesito iniciar e após o início do uso do anticoagulante oral, com novas práticas de atividades físicas, como também o término de atividade e/ou exercícios aeróbico devido ao aumento no catabolismo celular.

As condições clínicas ou problemas de saúde relacionados com o exame alterado obtiveram relação significativa, pois o usuário que apresentava história e/ou referia estado geral de gripe, diarreia, vômitos e infecções apresentaram o exame alterado.

Os outros fatores foram considerados, a fim de apresentar algum preditor clínico que poderia estar associado à interveniência de alterar o exame. Houve, portanto, importância significativa com essa variável, pois, fatores

como o uso de álcool, o ato de emagrecer ou engordar e o estresse exacerbado em algumas condições podem interferir no exame e alterá-lo.

Apresentou importância significativa, no exame alterado, as próprias complicações clínicas do uso do anticoagulante oral; esta é uma condição inevitável que poderá ocorrer, ou seja, o risco de sangramentos ou eventos tromboembólicos.

DISCUSSÃO

Na prática clínica, a estabilidade da anticoagulação está associada diretamente à adesão, assim como a vários fatores intervenientes: idade, escolaridade, renda familiar, interação alimentar e medicamentosa, comorbidades, polimorfismos genéticos, o uso errôneo do medicamento, esquecimento, procedimentos invasivos e cirúrgicos, problemas de saúde e outros fatores, como o estresse exacerbado, a bebida alcoólica, o emagrecimento ou aumento de peso, atividade física, e/ou qualquer situação que agrave a funcionalidade hepática e, conseqüentemente, altere o efeito esperado.

O uso inadequado do medicamento, como a manipulação da dose, o fazer uso da dose menor ou maior, ou até mesmo não usar o medicamento, foi um dos fatores mais presentes. Uma das dificuldades maiores é identificar a dose adequada do anticoagulante oral para cada paciente, podendo-se concluir que a ação do medicamento é influenciada por alguns fatores e estes devem ser considerados, como o uso de outros medicamentos que afetam a liberação ou absorção do fármaco, problemas técnicos de laboratório e a variabilidade de cada paciente frente ao medicamento e o seu uso incorreto.

A dose do anticoagulante oral varia de indivíduo para indivíduo, e deverá ser ajustada a fim de assegurar que o efeito do medicamento permaneça dentro da faixa terapêutica. Muitas das complicações relacionadas ao uso do medicamento, Marevan®, estão associadas à subdose (formação de trombo) e a overdose (sangramento), bem como à necessidade de buscar assistência de saúde em situações de sangramentos na gengiva, na urina e outros⁶.

Portanto, a ausência de orientações e recomendações apropriadas com propriedade e conhecimento, relativa aos cuidados dos usuários de anticoagulante oral no perioperatório de qualquer indicação clínica ou cirúrgica, pode refletir-se em uma variabilidade de práticas clínicas e repercussões na manutenção do nível terapêutico do medicamento.

Para procedimentos cirúrgicos ou invasivos, estudos consideram que o indivíduo em terapia com anticoagulante oral necessita requerer o medicamento parenteral no perioperatório. A decisão de parar com anticoagulante oral e passar para o antitrombótico é determinada pelo risco

de sangramento relacionado ao procedimento cirúrgico e também pelo risco de evoluir para uma trombose por doenças subjacentes⁷.

A base das interações medicamentosas que ocorre concomitante ao uso do anticoagulante oral, sendo mais ou menos importantes, está relacionada com os processos que envolvem farmacodinâmicas ou farmacocinéticas diversas: alteração da função plaquetária (ácido acetilsalicílico), lesão gastrointestinal associada (anti-inflamatórios não esteroides), alteração da síntese de vitamina K no trato gastrointestinal (antibióticos), as alterações no metabolismo da Warfarina (amiodarona®), e a interferência com o metabolismo da vitamina K (acetaminofeno)⁸.

As causas referentes às interações de maneira geral repercutem na redução do efeito terapêutico e podem aumentar o risco de formar coágulos ou potencializar o efeito terapêutico com riscos de sangramentos.

Porém, na redução do efeito, algumas considerações são importantes como a diminuição⁸ da absorção da Warfarina, pela ligação da colestiramina ou pela presença de alimentos no trato gastrointestinal; o aumento do volume de distribuição e diminuição do tempo da meia vida devido à hipoproteïnemia; o aumento do metabolismo referente à estimulação da CYP2C9 por outros medicamentos (barbitúricos); quantidade excessiva de alimentos ricos em vitamina K.

Quando ocorre o aumento do efeito da Warfarina devido à diminuição da metabolização do fármaco, isso decorre da inibição do CYP2C9 por outros medicamentos (fluxotina®); o deslocamento das ligações das proteínas pelos diuréticos e valproato de sódio e a deficiência do aporte de vitamina K⁸.

Dentre os medicamentos que influenciaram de forma significativa a dose requerida do ACO, sobressaem-se a amiodarona®, o fibrato® e a sinvastatina®. A amiodarona® reduz o metabolismo hepático e aumenta o efeito da Warfarina e o tempo de protrombina podendo interferir e aumentar o risco de sangramento com o uso concomitante desses medicamentos. A sinvastatina® potencializa o efeito da Warfarina, pois se liga às proteínas plasmáticas e reduz a agregação plaquetária, promovendo a formação de trombos⁹.

Quanto ao estresse psicológico, a literatura ressalta que pacientes que já tiveram tromboembolismo anterior tem uma associação com a variável estresse, raiva, depressão e ansiedade, repercutindo na diminuição do resultado do exame^{4,9}.

Para minimizar os riscos referentes às complicações pelo uso de anticoagulante oral, os profissionais da saúde, médicos, farmacêuticos e enfermeiros, são responsáveis em desenvolver programas educativos com orientações verbais, uso de vídeos instrucionais, grupos de apoio, visitas domiciliares, seguimento por telefone e indicadores de

qualidade do serviço executado⁶.

Os fatores predisponentes à anticoagulação oral relacionados ao uso contínuo especificamente indicados para doenças tromboembólicas e próteses valvares cardíacas, são de extrema relevância mundial, e repercutem em todos os países, haja visto que há recomendações publicadas internacionalmente, como as recomendações Europeias em 2012¹⁰ e as Americanas em 2014¹¹.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, pode-se apontar o seguimento observacional e transversal, direcionado à variável de desfecho, dos exames referentes à Relação Normatizada Internacional que se apresentaram dentro ou fora da faixa terapêutica, pois a escolha aleatória não randomizada poderia proporcionar resultados diferentes ou semelhantes.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo contribui em fortalecer o conhecimento de enfermeiros e profissionais de saúde que atuam com usuários de anticoagulantes orais por meio de tomadas de decisões direcionadas e focadas na manutenção da adesão durante o uso do medicamento, o tempo dentro da faixa

terapêutica recomendada conforme as diretrizes nacionais e internacionais e na melhoria e qualidade do atendimento desta população.

CONCLUSÃO

As consequências do uso inadequado do anticoagulante oral e a falta de conhecimento sobre a manipulação diária do medicamento são tão preocupantes quanto as complicações que podem ser geradas, devido a esse comportamento.

É relevante que os usuários sejam compreendidos, ademais o perfil do usuário de anticoagulante oral, assim como os fatores inerentes à não adesão, facilitam a estratificação das causas importantes que interferem e o enfermeiro neste cenário é coadjuvante nas tomadas de decisões focadas na segurança e qualidade da saúde desta população.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, Análise e interpretação dos dados, Redação do artigo, Revisão crítica, Revisão final: Sérgio Henrique Simonetti; Ana Cristina Faro e Mancussi; Estela Regina Ferraz Bianchi.

REFERÊNCIAS

1. Colet CFC, Holzle DEM, Seidler RE, Boff ETO, Amador TA, Heineck I. Conhecimento aos profissionais de saúde sobre o uso de varfarina em ambiente hospitalar. *Rev Soc Bras Clin Med*. [Internet]. 2016. [cited 2019 jan 13]; 14(4): 204-11. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827214/dezembro_204-211.pdf
2. Fernandes CJCS, Alves Júnior JL, Gavilanes F, Prada LF, Morinaga LK, Souza R. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2016. [cited 2019 jan 23]; 42(2):146-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n2/pt_1806-3713-jbpneu-42-02-00146.pdf
3. Oldgren J, Wallentin L, Alexander JH, James S, Jönelid B, Steg G, et al. New oral anticoagulants in addition to single or dual antiplatelet therapy after an acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal* [Internet]. 2013. [cited 2017 jan 10]; 34:1670-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3675388/pdf/eh049.pdf>. doi: 10.1093/eurheartj/eh049
4. Araújo ACO, Domingues RB, Bellen BV. Determinação do INR: comparação entre método convencional e dispositivo portátil. *J Vasc Bras* [Internet]. 2014. [cited 2019 jan 22]; 13(2): 88-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v13n2/pt_1677-5449-jvb-13-02-00088.pdf
5. Colet C, Amador TA, Heineck. Therapeutic itinerary: trajectory for resolution of adverse events of patients using warfarin in Southern Brazil. *Braz J Pharm. Sci* [Internet]. 2018. [cited 2019 jan 25]; 54(3): e17738. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-82502018000300626&script=sci_arttext
6. Pelegrino FM, Bolela F, Corbi ISA, Carvalho ARS, Dantas RAS. Educational protocol for patients on oral anticoagulant therapy: construction and validation. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014. [cited 2017 jan 20]; 23 (3): 799-806. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001440013>
7. Simonetti SH. Escore de Adesão para usuários de anticoagulante oral em um centro de cardiologia de São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [Internet]. 2016. [cited 2019 jan 05]; 129p. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-12052017-11302.php>
8. Silva PM. Old and new oral anticoagulants. *Pharmacological perspective*. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2012. [cited 2017 jan 24]; 31: 6-16. Available from: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255112700343/S300/>
9. Simonetti SH, Faro ACM, Bianchi ERF. Escore de Adesão para usuários de Anticoagulantes Oraís. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018 [Internet]. [cited 2017 jan 20]; 31(4): 383-92. Available From: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472018005003101&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Camm AJ, Lip GYH, Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal* [Internet]. 2015. [cited 2017 fev 26]; 33: 2719-47. Available from: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/33/21/2719.full.pdf>. doi: 10.1093/eurheartj/ehs253
11. AHA/ACC/HRS (EUA). Guideline for the management of patients with atrial fibrillation. *Clinical Practice Guideline*. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2014. [cited 2017 fev 02]; 64(21):2246-80. Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1854230>. Doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.021

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS

Carolina Otto¹, Beatriz Schumacher², Luiz Paulo De Lemos Wiese³, Carlos Ferro², Raquel Antonacci Rodrigues²

Objetivo: Identificar a relação entre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e determinar sua incidência em pacientes críticos. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, que avaliou pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, durante o período de 1º de maio a 30 de outubro de 2015. **Resultados:** Participaram do estudo 59 pacientes, destes 29 desenvolveram lesão por pressão, incidência de 49,2%. Quanto às variáveis demográficas e clínicas, houve predominância do gênero masculino, média de idade (46,9 ± 19,8), associação estatística ($p = <0,001$) para maior tempo de internação, ventilação mecânica, sedação, balanço hídrico positivo e uso de antibióticos, Escala de Braden, no escore risco elevado e risco leve e Simplified Acute Physiology Score ($p = 0,09$). **Conclusão:** As lesões apresentam multicausalidade, sugerindo-se que a prevenção e tratamento sejam realizados através da educação nos serviços com fortalecimento dos protocolos.

Descritores: Lesão por Pressão; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Fatores de Risco; Protocolos; Cuidados Intensivos.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PRESSURE LESION IN CRITICAL PATIENTS

Objective: To identify a relationship between the risk factors for pressure lesion development and to determine its incidence in critical patients. **Methodology:** This was a descriptive study of a quantitative approach, which evaluated patients hospitalized in an intensive care unit during the period from May 1st to October 30th, 2015. **Results:** 59 patients took part in the study, 29 of them developed pressure lesion, a 49,2% of incidence. As for demographic and clinical variables, there was a predominance of male gender, mean age (46.9 ± 19.8), statistical association ($p = <0.001$) for longer hospitalization, mechanical ventilation, sedation, positive water balance and use of antibiotics, Braden Scale, did not score high risk and light risk and simplified acute physiology score ($p = 0.09$). **Conclusion:** The lesion show multi-causality, it is suggested that prevention and treatment are carried out through education in services with strengthening protocols.

Descriptors: Pressure Lesion; Nursing; Intensive Care Units; Risk Factors; Protocols; Intensive Care.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Objetivo: Identificar la relación entre los factores de riesgo para el desarrollo de lesiones por presión y determinar su incidencia en pacientes críticos. **Metodología:** Estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, que evaluó a pacientes internados en una unidad de terapia intensiva, durante el período del 1 de mayo al 30 de octubre de 2015. **Resultados:** Participaron del estudio 59 pacientes de estos 29 desarrollaron lesiones por presión, 49,2%. En cuanto a las variables demográficas y clínicas, hubo predominio del género masculino, promedio de edad (46,9 ± 19,8), asociación estadística ($p = <0,001$) para mayor tiempo de internación, ventilación mecánica, sedación, balance hídrico positivo y uso de antibióticos, Escala de Braden, en el score de riesgo elevado y riesgo leve y Simplified Acute Physiology Score ($p = 0,09$). **Conclusión:** Las lesiones presentan multicausalidad, se sugiere que la prevención y tratamiento sean realizados a través de la educación en los servicios con fortalecimiento de los protocolos.

Descriptores: Lesiones por presión; Enfermería; Unidad de terapia intensiva; Factores de riesgo; Protocolos; Cuidados Intensivos.

¹Hospital Municipal São José de Joinville, SC, Brasil.

²Faculdade Bom Jesus/IELUSC - Joinville, SC.

³Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE - Joinville, SC.

Autor correspondente: Carolina Otto: . Email: carolotto@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) apresentam pacientes com características peculiares em decorrência de sua gravidade clínica, instabilidade hemodinâmica dos sistemas orgânicos^(1,2).

Essas condições requerem mecanismos de suporte à vida como o uso de ventilação mecânica, sedação contínua, drogas vasoativas, monitorizações e diversos tipos de dispositivos como cateteres, drenos e sondas. Por isso, os pacientes estão mais expostos e vulneráveis a alterações no processo de manutenção da integridade da pele, favorecendo ao desenvolvimento de Lesão por Pressão (LPP)¹⁻³.

Durante a internação na UTI, existem situações que comprometem a perfusão tissular da pele, como: redução da pressão sanguínea decorrente de alterações cardiovasculares, síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), choque séptico, choque hemorrágico, uso de fármacos e instabilidade hemodinâmica^{1,2}.

Em qualquer uma dessas situações, o paciente crítico sofre com as alterações do fluxo sanguíneo para a área que está sobre pressão, comprometendo a oxigenação e a nutrição dos tecidos naquele naquela região, podendo levar ao desenvolvimento de isquemia, hipóxia, edema e necrose tecidual^(2,3).

Vários fatores de risco estão associados com o desenvolvimento de LPP em pacientes críticos, tais como: alterações do nível de consciência, déficit nutricional, pressão extrínseca associada à idade avançada, umidade, imobilidade no leito, período prolongado de internação, perfusão tecidual diminuída, uso de drogas vasoativas, sepse, sedação e as comorbidades como diabetes mellitus e doença vascular^{1,2,5}.

As LPP são classificadas de acordo com seis categorias, conforme quadro 01.

Quadro 01: Classificação da Lesão por Pressão

Categoria	Descrição
Categoria I	Lesão eritematosa não branqueável, em pele intacta nas áreas de proeminência óssea.
Categoria II	Perda parcial da espessura da derme, apresentando-se de forma abrasiva, bolhosa, sem tecido desvitalizado.
Categoria III	Perda cutânea total, acometendo área de tecido subcutâneo, as lesões podem ser cavidades com fistula e apresentar tecido desvitalizado.
Categoria IV	Perda total da espessura do tecido com exposição óssea, de músculos, tendões ou cápsulas das articulações.
Categoria não graduável/ inclassificável	Perda total dos tecidos, com a profundidade preenchida por tecido necrosado.
Categoria suspeita de lesão tissular profunda	Lesões com áreas vermelho-escuras, flictena com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e ou cisalhamento.

Fonte: National Pressure Lesion Advisory Panel, European Pressure Lesion Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance⁴.

O desenvolvimento das LPP é um problema mundial em todos os níveis assistenciais de saúde, afetando pessoas de todos os grupos etários e resultando em encargos financeiros significativos para os sistemas de saúde, com aumento no investimento em materiais, equipamentos, fármacos, intervenções cirúrgicas e do tempo de internação^(4,5).

O presente estudo teve por objetivo identificar a relação entre os fatores de risco para o desenvolvimento de LPP e determinar sua incidência em pacientes graves internados em uma UTI.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade superior ou igual a 18 anos que não apresentaram LPP no momento da admissão, no período de 1º de maio a 30 de outubro de 2015. Foram excluídos os pacientes que possuíam LPP no momento da admissão e tempo de internação menor que 48 horas.

Local do estudo

Desenvolvido em uma UTI Geral, composta por 8 leitos, de um hospital público do norte do estado de Santa Catarina (SC).

Coleta dos dados

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na avaliação das variáveis demográficas e clínicas no momento da admissão na UTI: gênero, cor de pele, idade, comorbidades, diagnósticos clínicos, Simplified Acute Physiology Score (SAPS III), instrumento composto de 20 variáveis mensuráveis que avalia o prognóstico de gravidade dos pacientes na UTI e Escala de Risco de Braden (em até 48 horas da admissão), ferramenta de avaliação sistemática dos riscos para desenvolvimento de LPP em pacientes críticos. Esses dados foram coletados com informações obtidas do prontuário eletrônico.

A segunda etapa foi composta pelas seguintes variáveis clínicas: permanência na UTI (dias); sedação contínua (dias); ventilação mecânica (dias); balanço hídrico positivo (dias); uso de antibiótico (dias); uso de corticoides (dias); Escore da Escala de Glasgow; dose máxima e média de noradrenalina (mcg/kg/min); presença de LPP; localização da LPP; classificação

da LPP (conforme categoria I, II, III, IV, não graduável/inclassificável e suspeita de lesão tissular profunda).

Esses dados foram coletados diariamente, através de protocolos institucionais de prevenção, análise do prontuário eletrônico e das prescrições médicas e de enfermagem.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados seguindo as etapas de tabulação utilizando programa Software Microsoft Office Excel 2010. Em seguida, foi realizada a síntese das principais estatísticas: cálculo de incidência e prevalência das LPP. As variáveis com distribuição normal foram apresentadas com média e desvio padrão; as variáveis contínuas foram comparadas com o teste t-Student e as variáveis categóricas foram comparadas com Qui-quadrado de Pearson. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. Quando as comparações das variáveis categóricas resultaram significativas, exibiu-se o Odds Ratio (OR) com o respectivo Intervalo de Confiança (IC95%).

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob número de aprovação CAAE 40923014.8.0000.5362.

RESULTADOS

Foram admitidos 88 pacientes na unidade no período da realização da pesquisa; desses, 29 foram excluídos por apresentar LPP no momento da admissão ou permanecer por menos de 48 horas. Dos 59 pacientes incluídos, 29 desenvolveram e 30 não desenvolveram LPP, correspondendo a uma incidência de 49,2%.

A avaliação desses 59 pacientes incluídos no estudo foi realizada no período de 58 dias, sendo que a média de internação na UTI dos pacientes que desenvolveram LPP foi de 24,6 dias e o tempo médio para o surgimento de LPP foi de 2,7 dias. Foram identificadas 55 LPP; as áreas mais frequentes foram a região sacral 17 (30,9%), occipital 12 (21,8%) e calcâneos 11 (20%), e as categorias mais prevalentes o nível I e II.

Na tabela 1, é apresentada a distribuição das variáveis demográficas e clínicas investigadas segundo presença ou ausência de LPP.

Tabela 1: Distribuição das variáveis demográficas e clínicas

Variáveis	Presença de LPP (N=29) Média (±DP)	Ausência de LPP (N=30) Média (±DP)	Valor p
Sexo masculino, n (%)	22 (75,8)	13(43,3)	0,01
Cor de pele: Brancos, n (%)	21 (72,4)	24 (80)	-
Pretos, n (%)	6 (20,6)	4 (13,3)	-
Pardos, n (%)	2 (6,8)	2 (6,6)	-
Idade, anos	46,9 ± 19,8	50,3 ± 14,2	<0,001
SAPS III admissão	55,3 ± 22,4	39 ± 23	0,09
Permanência na UTI, dias	24,6 ± 15,1	10,1 ± 4,8	<0,001
Sedação contínua, dias	13,7 ± 8,6	3,6 ± 3,9	<0,001
Ventilação Mecânica, dias	21,9 ± 13,7	5,6 ± 4,9	<0,001
Balanço hídrico positivo, dias	16,4 ± 9,4	6,3 ± 4,1	<0,001
Antibiótico, dias	15,7 ± 10,2	6,3 ± 4,8	<0,001
Escala de Glasgow	7,7 ± 4,4	11,3 ± 4,5	0,003
Corticoide, dias	4,3 ± 6,8	2,1 ± 4,0	0,135
Noradrenalina: Dose máxima*	0,4 ± 0,3	0,3 ± 0,4	0,248
Noradrenalina: Média*	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,2	0,75
Escala de Braden admissão			
Risco elevado, n (%)	22 (75,9)	7 (23,3)	<0,001
Risco alto, n (%)	7 (24,1)	11 (36,6)	0,29
Risco moderado, n (%)	0 (0)	3 (10)	0,08
Risco leve, n (%)	0 (0)	9 (30)	<0,001

LPP - Lesão por Pressão; SAPS III - Simplified Acute Physiology Score;* Dose de noradrenalina apresentada em mcg/kg/min; Resultados expressos em número (%) ou média ± desvio padrão.

Quanto às variáveis demográficas e clínicas dos pacientes com LPP versus pacientes sem LPP, é possível observar que o gênero masculino foi predominante. Nos dois grupos, verificou-se predomínio da cor de pele branca e a média de idade dos pacientes com LPP foi menor. A média do SAPS III na admissão dos pacientes com LPP foi superior aos sem LPP.

Quanto maior o tempo de internação, maior o risco de LPP. Desta forma, é possível considerar que os pacientes submetidos a um período prologado de uso de ventilação mecânica, sedação contínua, dias de balanço hídrico positivo e uso de antibióticos estão mais suscetíveis a desenvolver LPP.

Para o escore da Escala de Risco de Braden, os resultados mostraram a existência estatística significativa na predição da avaliação de risco de LPP, no escore risco elevado e risco leve.

Em relação à variável presença de LPP, segundo diagnóstico de internação na UTI, observa-se o predomínio de doenças traumáticas: 14 (48,2%) nos pacientes que desenvolveram LPP e 8 (26,6%) nos sem LPP, ($p = 0,08$) e Odds Ratio (OR): 2,6 e Intervalo de Confiança de 95% - (IC95%): 0,86 - 7,6. Os outros diagnósticos de internação na UTI não demonstraram associação estatística.

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstram alta incidência de LPP 49,2%. No Brasil, estudos demonstram incidência de LPP em UTI com referência em traumatologia de 37% e 59,5% (5).

Quanto à localização das LPP evidenciadas, as áreas mais frequentes foram a região sacral, occipital e calcâneos. Em outros dois estudos, desenvolvidos com pacientes críticos, os autores constataram que os principais locais de desenvolvimento de LPP foram a região sacral e calcâneos, consideradas locais de apoio quando o paciente está em decúbito dorsal ou lateral (comuns entre pacientes críticos) (1,6). Em relação às categorias, o nível I e II são as mais prevalentes, confirmando os resultados obtidos entre os pacientes do presente estudo e dados da literatura atual.

A maioria dos pacientes com LPP foram do sexo masculino. Em um estudo realizado em três UTIs de São Paulo, referência em pacientes politraumatizados, identificou-se (56,3%) pacientes do sexo masculino.⁶ Em uma pesquisa realizada em uma UTI que atende pacientes cirúrgicos e clínicos, houve equilíbrio entre os sexos, com (51%) mulheres e (49%) homens⁵.

A população masculina predominante encontrada no estudo é condizente com as características do local da pesquisa, um hospital público de grande porte especializado em trauma, que atende pessoas em sua maioria vítimas de acidentes de trânsito e indivíduos do gênero masculino.

As doenças traumáticas (48,2%) foram o principal diagnóstico clínico de internação na UTI dos pacientes com LPP. Os indivíduos vítimas de trauma estão relacionados a fatores etiológicos, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, tentativas de suicídio e violência interpessoal, quando apresentam risco de morte iminente e requerem assistência em unidades especializadas como UTI⁷. No Brasil, no ano de 2016, as causas externas corresponderam à segunda causa de morbidade hospitalar em homens⁸.

Em relação à idade do grupo que desenvolveu LPP, observou-se predominância de indivíduos jovens. Outras publicações nacionais destacam que a população masculina é prevalente em hospitais com referência de trauma, variando de 78% à 82%; e a incidência de doenças traumáticas, entre as faixas etárias de 15 a 44 anos, chega a 65,1%¹⁹.

Os pacientes que desenvolveram LPP apresentaram

média elevada no escore SAPS III. Os índices de gravidade são importantes indicadores para a identificação do risco de desenvolvimento de LPP e o SAPS III é um instrumento eficaz e satisfatório como prognóstico de gravidade dos pacientes na UTI¹⁰.

Em estudos nacionais sobre a incidência de LPP em unidades de terapia intensiva, o tempo de internação foi um fator predisponente para o surgimento de LPP. O aumento no tempo de internação é decorrente do restabelecimento do estado fisiológico e processos orgânicos de pacientes submetidos a procedimentos invasivos para o condicionamento de órgãos e do controle de doenças associadas¹⁹.

Os pacientes que desenvolveram LPP, neste estudo, apresentaram a integridade cutânea comprometida, em uma média de 2,7 dias de internação, corroborando com outros estudos que descrevem o aparecimento de LPP nos primeiros três dias de internação na UTI¹⁹.

Pacientes críticos com média de balanço hídrico positivo apresentam mais risco para ocorrência de LPP, pela associação do edema com a presença de LPP. O balanço hídrico positivo persistente é relacionado à maior mortalidade na UTI e a repercussões clínicas desfavoráveis como edema de alças intestinais, congestão hepática, edema de miocárdico, congestão pulmonar, edema cerebral, edema renal e edema de tecidos periféricos¹¹.

Observou-se no estudo que a aplicação da Escala de Braden é um instrumento importante para o cuidado de enfermagem, pois reforça a importância de avaliação contínua e implementação de medidas preventivas precocemente que favorecem a minimização de problemas futuros das LPP; a aplicação da escala demonstrou um preditor de risco para LPP^{2, 5, 12, 13}.

Limitações do estudo

Como limitação pode-se apontar o número reduzido de pacientes, o que pode ter interferido na identificação dos possíveis fatores de risco, e o curto período para realização do estudo para desenvolver ações de educação continuada e analisar o seu impacto ao longo do prazo na redução do surgimento de LPP.

Contribuição do estudo para a prática

Os resultados encontrados favorecem o planejamento de cuidados preventivos específicos para essa clientela que poderão contribuir para melhoria do cuidado e subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem e intensificação das estratégias de prevenção.

CONCLUSÃO

Constatou-se elevada incidência de LPP, na população em estudo e a multicausalidade dos fatores de risco para o desenvolvimento de LPP nos pacientes críticos com doenças traumáticas. Sugere-se outros estudos para identificar os fatores de risco das LPP e estratégias de fortalecimento de prevenção das lesões, relacionados ao gerenciamento e gestão do cuidado.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Carolina Otto, Beatriz Schumacher, Luiz Paulo Lemos Wiese, Carlos Ferro, Raquel Antonacci Rodrigues.

REFERÊNCIAS

1. Campanili TCGF, Santos VLCCG, Pulido KCS, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado 2017 Out 12]; 49 (Esp): 7-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007
2. Loudet CI, Marchena MC, Maradeo MR, Fernández SL, Romero MV, Valenzuela GE, et al. Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quasi-experimental. *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2017 [citado 2017 Out 12]; 29 (1): 39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0039.pdf>
3. Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. 2ª ed. Australia: Cambridge Media Osborne Park; 2014.
5. Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NMB, Bringuente MEO. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. *Rev. Latino-Amer. Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2015 Out 7]; 23(1): 28-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf
6. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [citado 2015 Nov 27]; 22 (3): 353-360. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a10.pdf>
7. Goulart LP, Aoki RN, Vegian CFL, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [citado 2017 Out 1]; 16(2): 346-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.22922>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Morbidade hospitalar por local de residência. [Internet] 2017. Brasília: Datasus [2017 Out 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
8. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS. Bringuente MEO. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016. [citado 2017 Out 18]; 69(3): 460-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Morbidade hospitalar por local de residência. [Internet] 2017. Brasília: Datasus [2017 Out 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
10. Bueno HL, Pestana JF. Epidemiologia e validação de escore prognóstico em UTI mista do norte do Paraná. *Revista Uningá Review* [Internet]. 2015 [citado 2015 Dez 1]; 22(3): 23-29. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150601_075001.pdf
11. Avila MON, Rocha PN, Zanetta DMT, Yu L, Burdmann EA. Balanço hídrico, injúria renal aguda e mortalidade de pacientes em unidade de terapia intensiva. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2014 [citado 2015 Dez 6]; 36(3): 379-388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0379.pdf>
12. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2017 Out 15]; 21(1): 1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100201&script=sci_abstract&tlng=pt
13. Castanheira LS, Alvarenga AW, Correa AR, Campos DMP. Escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 05]; 9 (2): 55-61. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073/446>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MULHERES NUTRIZES ATENDIDAS NO BANCO DE LEITE HUMANO

Nathália Carolina Tomazelli Crespo¹, Rosimere Ferreira Santana¹, Valdecyr Herdy Alves¹, Audrey Vidal Pereira¹, Giovanna Rosario Soanno Marchiori², Diego Pereira Rodrigues¹

Objetivo: conhecer o perfil de Diagnósticos de Enfermagem em mulheres nutrizas atendidas no Banco de Leite Humano. **Metodologia:** estudo descritivo, com 30 mulheres atendidas no Banco de Leite Humano entre doadoras e não doadoras. Os dados foram coletados nos meses de março a maio de 2012. A análise se deu por meio de estatística descritiva. **Resultados:** os diagnósticos foram descritos para dois grupos: Não doadoras: Disposição para conhecimento melhorado (100,0%), Risco de infecção (80,9%), Integridade Tissular prejudicada (80,9%), Padrão de sono prejudicado (76,1%), Conhecimento deficiente (66,6%), Ansiedade (52,3%); Em Doadoras: Padrão de sono prejudicado (77,7%) e Ansiedade (55,5%). **Conclusão:** a taxonomia diagnóstica encontra-se de acordo com a população estudada. Validou-se a necessidade do uso dessa tecnologia como um sistema padrão de linguagem.

Descritores: Bancos de leite; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Saúde da mulher; Aleitamento materno.

NURSING DIAGNOSIS IDENTIFIED IN WOMEN AT THE HUMAN MILK BANK

Objective: to know the profile of Nursing Diagnosis in women hosted in the Human Milk Bank. **Methodology:** descriptive study, with 30 women attended at the Human Milk Bank between donors and no donors. Data were collected from March to May 2012. The analysis was done through simple descriptive statistics. **Results:** diagnosis were described for two groups: No donors: Readiness for enhanced knowledge (100.0%), Risk for infection (80.9%), Impaired tissue integrity (80.9%), Disturbed sleep pattern (76.1%), Deficient knowledge (66.6%), Anxiety (52.3%); In Donors: Disturbed sleep pattern (77.7%) and Anxiety (55.5%). **Conclusion:** the diagnostic taxonomy is in agreement with the studied population. The need to use this technology as a standard language system was validated.

Descriptors: Milk banks; Nursing diagnosis; Nursing care; Women's health; Breastfeeding.

ENFERMERÍA DE DIAGNÓSTICO IDENTIFICADOS EN MUJERES ASISTIDA EN BANCO DE LECHE HUMANA

Objetivo: conocer el perfil de los diagnósticos de enfermería de las mujeres dio la bienvenida al Banco de Leche Humana. **Metodology:** estudio descriptivo, con 30 mujeres atendidas en el Banco de Leche Humana entre los donantes y no donantes. Los datos fueron recolectados entre marzo y mayo de 2012. El análisis se realizó utilizando estadísticas descriptivas simples. **Resultados:** los diagnósticos han sido descritos por dos grupos: No donantes: Disposición para mejorar los conocimientos (100%), Riesgo de infección (80,9%), Deterioro de la integridade cutánea (80,9%), Trastorno del patrón de sueño (76, 1%), Conocimientos deficientes (66,6%), Ansiedad (52,3%); Em Donantes: Trastorno del patrón de sueño (77,7%) y Ansiedad (55,5%). **Conclusión:** la taxonomía diagnóstica es función de la población estudiada. Han verificado la necesidad de la utilización de esta tecnología como un sistema estándar de lenguaje.

Descritores: Bancos de leche; Diagnóstico de enfermería; Atención de enfermería; Salud de lamujer; Lactancia materna.

¹Universidade Federal Fluminense-UFF, Niterói-RJ.

²UFF.

Autor correspondente: Giovanna Rosario Soanno Marchiori. E-mail: giovannasoanno@gmail.com

INTRODUÇÃO

A inserção da mulher no mercado de trabalho e a busca por uma carreira acabam por polarizá-la em a mulher-mãe-que-amamenta e a mulher-mãe-trabalhadora. Ela vem assumindo cada vez mais múltiplos papéis em nossa sociedade, atuando no mercado profissional, sendo mãe, provedora do lar e adquirindo competências de um sistema de gênero ainda fortalecido pela divisão sexual do trabalho¹⁻³.

A mulher que vê na qualificação profissional a oportunidade de oferecer uma vida melhor para si e seus filhos tende a priorizar o trabalho em detrimento da amamentação^{3,4}.

Nesse sentido, ao assumir estes papéis a mulher fica carente de espaço na sua rotina para cuidar de si, do seu bebê e se dispor para o aleitamento, momento que envolve uma experiência ímpar de dedicação, carinho e suscita ações que requerem tempo e paciência, tanto para o ato de nutrir, quanto para sua produção².

Nesse cenário, o Banco de Leite Humano (BLH) emerge a partir do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, e assume um novo papel no cenário da saúde pública brasileira, estando entre as principais instituições de política governamental para reverter à tendência do desmame precoce, como um elemento estratégico para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação⁵.

O aleitamento materno é uma das prioridades do Ministério da Saúde, sendo assim incentivado. O modelo de BLH brasileiro tem como responsabilidade de atuar em favor da amamentação, assim como, também, por trabalhar o leite humano na perspectiva dos referenciais da tecnologia de alimentos e não apenas como material clínico, como uma secreção humana⁶.

O desenvolvimento de bases científicas para a prática da enfermagem é fundamental, tendo em vista a qualidade da atenção à mulher. Nesse sentido, estudos sobre o perfil diagnóstico podem nortear a competência profissional necessária na área de Banco de Leite e orientar quanto às tecnologias favoráveis ao cuidado de enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE), um instrumento metodológico da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), direciona a prática profissional do enfermeiro que deve zelar pelos fundamentos e ideais do setor que atua, dando continuidade as ações de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento, em se tratando do BLH.

O levantamento de Diagnósticos de Enfermagem (DE) é a segunda fase do PE e estabelece as necessidades de cuidados; auxilia o enfermeiro a definir prioridades de ações, seleciona as intervenções para atingir resultados; facilita os registros de enfermagem; a comunicação entre os enfermeiros; e propicia o foco para avaliação das ações a serem executadas^{7,8}.

Os DE contidos na taxonomia II da NANDA Internacional

2015-2017 estão organizados em 13 domínios, 47 classes e 235 diagnósticos de enfermagem e proporcionam uniformização da prática por meio de uma linguagem padronizada. O enfermeiro utiliza-se do julgamento clínico sobre o indivíduo, família e comunidade nos processos de promoção de saúde, de avaliação de riscos reais e potenciais relacionados a problemas de saúde ou de vida para chegar a esses diagnósticos⁸⁻¹⁰.

O uso dos diagnósticos de enfermagem é aplicável em todos os cenários de prática do profissional de enfermagem. O emprego dessa taxonomia em atendimento ao cliente tem contribuído significativamente para a assistência de enfermagem de qualidade e otimização da gestão e dos recursos¹¹.

A questão norteadora buscou refletir sobre “quais eram os diagnósticos de enfermagem da mulher nutriz atendida no Banco de leite humano?”, utilizando-se do NANDA como referencial teórico para caracterizar os DE.

A pesquisa se justifica a partir da necessidade de tornar possível a utilização da taxonomia NANDA-I como uma linguagem que corresponde ao exercício pleno de conhecimentos técnicos, na qualificação das ações de enfermagem no BLH e instrumentalização a equipe de enfermagem na atuação do cuidado e atenção ao aleitamento materno, tanto para a mulher, quanto para o bebê e sua família.

É possível reconhecer a relevância do estudo mediante os constantes impedimentos sociais (leia-se: compromissos com trabalho) que descaracterizam o ato de amamentar, bem como a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. As políticas públicas sobre o aleitamento materno reforçam a necessidade de se oferecer um serviço de saúde pautado em princípios científicos. Sendo assim, este permite conhecer os DE a partir de análise de protocolo de consulta de enfermagem aplicado em mulheres que buscaram auxílio no BLH pesquisado.

Sendo assim, a presente pesquisa tem por objetivo conhecer o perfil de Diagnósticos de Enfermagem em mulheres nutrizes atendidas no Banco de Leite Humano.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem quantitativa que favorece a coleta e analisa de dados capazes de identificar a natureza profunda das realidades. A amostra foi não-probabilística possibilitando amplitude de dados.

Participantes da pesquisa

Os participantes foram mulheres que se encontravam até

o 46º dia de pós-parto, atendidas pela primeira vez no BLH. As participantes foram agrupadas em dois grupos: como mulheres Doadoras⁹, caracterizadas pelas nutrizes saudáveis que apresentavam secreção láctea superior às exigências de seu filho e que se dispunham a doar o excedente por livre e espontânea vontade, e pelas nutrizes que estavam temporariamente impedidas de amamentar seus filhos diretamente no peito, por razões ligadas a saúde dos mesmos, mas consideradas compatíveis com a amamentação. O segundo grupo de mulheres não doadoras²¹, que procuraram o BLH por livre demanda.

Local do estudo

Pesquisa realizada no Banco de Leite Humano do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) que atende a Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, sua estrutura física consta de : sala de coleta de leite humano, sala de pasteurização e sala de atendimento as nutrizes, lactentes e famílias, localizado no município de Niterói.

Coleta dos dados

Utilizou-se um instrumento previamente elaborado em um estudo anterior denominado: Protocolo de Consulta de Enfermagem (PCE – BLH), baseado nos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon direcionados para a área em estudo com base nos domínios e classes da Taxonomia II da NANDA- I. Em seguida, elaborou-se a definição diagnóstica com os títulos, fatores relacionados e características definidoras.^{8,12A} coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2012.

Os dados foram coletados inicialmente em impressos e posteriormente transcritos individualmente para uma planilha do programa Excel for Windows, para identificação das informações necessárias à investigação e delineamento diagnóstico.

Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados realizou-se pela caracterização da amostra em cada grupo - Doadora/Não doadora, com utilização da estatística descritiva com distribuição de frequência para as variáveis faixa etária, número de filhos, e período pós-parto das participantes do estudo. Seguida pela formulação dos Diagnósticos de Enfermagem encontradas em cada grupo. As variáveis estavam relacionadas aos DE e seus respectivos domínios estabelecidos no estudo, sendo os mesmos reportados em frequência absoluta e relativa.

Procedimentos éticos

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº CAAE 0349.0.258.000-11; de

acordo com a Resolução 466/12, houve consentimento das participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A faixa etária das mulheres nutrizes Não doadoras variou de 15 a 40 anos e Doadoras foi de 21 a 40 anos, sendo a prevalência em ambos os grupos de 21 a 30 anos de idade.

Quanto ao número de filhos foi de 1 a 2, tanto as Não doadoras e as Doadoras, já que eram sua maioria primíparas. Em relação ao período puerperal quatorze (67%) Não doadoras encontravam-se no puerpério imediato e seis (66,6%) Doadoras encontravam-se no puerpério remoto.

Identificaram-se também um total de 27 títulos de diagnósticos de enfermagem, dezenove de diagnósticos reais e oito de diagnósticos potenciais, isto é, apresentam a possibilidade de risco, apresentados no Tabela 1, disposto abaixo quanto aos domínios de enfermagem propostos pela taxonomia NANDA-I.

Tabela 1 – Distribuição e frequência dos títulos de Diagnósticos de Enfermagem por domínios identificados em mulheres Não Doadoras (n=21) e Doadoras (n=9) no BLH/HUAP/UFF – Niterói/Rio de Janeiro, 2012.

Domínios	Títulos de Diagnósticos de Enfermagem	Não Doadoras n(f%)	Doadoras n(f%)
1. Promoção da saúde	Manutenção ineficaz da saúde	2(9,5)	-
	Amamentação ineficaz	9(42,8)	-
	Amamentação interrompida	7(33,3)	3(33,3)
	Disposição para amamentação melhorada	5(23,8)	6(66,6)
2. Nutrição	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	4(19,0)	-
	Sobrepeso	4(19,0)	4(44,4)
	Risco de glicemia instável	2(9,5)	-
	Risco de volume de líquidos deficiente	1(4,7)	-
3. Eliminação e troca	Motilidade gastrointestinal disfuncional	3(14,2)	-
4. Atividade/Repouso	Padrão de sono prejudicado	16(76,1)	7(77,7)
	Débito cardíaco diminuído	3(14,2)	-
5. Percepção/Cognição	Disposição para conhecimento melhorado	21(100,0)	-
	Conhecimento deficiente	14(66,6)	-
7. Papéis e relacionamento	Risco de maternidade prejudicada	7(33,3)	3(33,3)
	Risco de vínculo prejudicado	7(33,3)	3(33,3)

8. Sexualidade	Padrão de sexualidade ineficaz	7(33,3)	-
	Disfunção sexual	4(19,0)	-
9. Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Planejamento de atividade ineficaz	-	2(22,2)
	Ansiedade	11(52,3)	5(55,5)
	Sobrecarga de estresse	3(14,2)	-
	Risco de sentimento de impotência	-	1(11,1)
11. Segurança/ Proteção	Risco de infecção	17(80,9)	-
	Risco de sangramento	1(4,7)	-
	Integridade Tissular prejudicada	17(80,9)	-
	Risco de síndrome da morte súbita do lactente	5(23,8)	-
12. Conforto	Dor aguda	8(38,0)	1(11,1)
	Dor crônica	-	1(11,1)

Para as Não doadoras, os diagnósticos com maior frequência foram: Disposição para conhecimento melhorado (100,0%); Risco de infecção e Integridade Tissular prejudicada (80,9%); Padrão de sono prejudicado (76,1%); Conhecimento deficiente (66,6%); Ansiedade (52,3%), Amamentação ineficaz (42,8%); Dor aguda (38,0%) e Amamentação interrompida (33,3%).

No grupo das Doadoras foram descritos como principais diagnósticos de enfermagem: Padrão de sono prejudicado (77,7%); Disposição para amamentação melhorada (66,6%); e Ansiedade (55,5%).

Os dois grupos apresentaram como o DE similares Padrão de sono prejudicado, respectivamente 77,7% e 76,1%, uma prevalência alta em relação ao diagnóstico e que merece destaque, juntamente com Ansiedade (55,5% e 52,3%, respectivamente), permitindo, desta forma, um olhar direcionado ao cuidado aos grupos frente a esta ótica.

Porém diferiram quanto ao tipo de amamentação: no grupo Doadoras, Disposição para amamentação melhorada (66,6%), e no de Não doadoras, Amamentação ineficaz (42,8%) e interrompida (33,3%).

Os achados identificam padrões de necessidades de cuidado tanto para as Não doadoras quanto para as Doadoras considerando que há diagnósticos para a população estudada presentes em 10 dos 13 domínios da taxonomia NANDA I (2015-2017).

DISCUSSÃO

Embora o ato de amamentar seja considerado biologicamente fisiológico e natural, existem fatores que podem contribuir com o surgimento de problemas, ou a iminência desses, que interferem no vínculo entre mãe lactante e o bebê lactente. Tal fato, pode tornar um momento

agradável em incertezas, insegurança, tensão, medo e até mesmo de dor¹³.

O DE Disposição para conhecimento melhorado, domínio 5: Percepção e cognição, está respaldado na necessidade apresentada pelo grupo de Não doadoras em buscar junto ao BLH resoluções sobre problemas que não compreendiam, bem como na aquisição de informações sobre suas dificuldades no processo da amamentação, após apresentarem o DE Conhecimento deficiente, visto que o fator relacionado a este diagnóstico estava ligado à falta de exposição à informação profissional e fator cultural. Estes resultados ratificam a necessidade da enfermagem de intervir eficazmente com resolução de intercorrências, realizando a educação em saúde e o apoio ao aleitamento materno, sendo o BLH (14).

Nas Não doadoras, a Amamentação ineficaz (42,8%) em sua maioria por processo de amamentação insatisfatório (33,2%) e Amamentação interrompida (33,3%), caracterizada por amamentação não exclusiva, o bebê se encontrava na Unidade de Tratamento Intensivo (100,0%), por fatores relacionados a prematuridade (71,4%), doença do lactente (28,5%) e emprego materno (14,2%). Condizente com outra pesquisa que identificou o diagnóstico Amamentação ineficaz em 30,2% das participantes¹⁵

No entanto no grupo de Doadoras o DE Disposição para amamentação melhorada (66,6%) se sobressaiu por questões de experiência prévia, autoconfiança e apoio domiciliar. Autores referem que o diagnóstico de amamentação foi prevalente (60%) e o mesmo DE foi formulado para 15 (50%) díades mãe/filho, onde a maioria das puérperas no momento da investigação apresentaram amamentação eficaz (87,5%)^{16,17}.

Os DE Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos e Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos, ambos (80,9%) e pertencentes ao domínio 11: Segurança e proteção, no grupo de Não doadoras, obteve resultado parecido em outro estudo¹⁷. Os procedimentos cirúrgicos, a episiorrafia e a própria permanência das mulheres no ambiente hospitalar, corroboram estes achados¹⁸.

Já no domínio 4: Atividade e Repouso, o DE Padrão de sono prejudicado relacionado a padrão de sono não restaurador devido a alteração do padrão de sono e não se sentir descansado, foi encontrado nos grupos de Doadoras e Não doadoras. Este fato dá-se a responsabilidade do cuidado ao novo ser, o bebê, que necessita da presença da mãe quase que durante as 24 horas do dia conforme pensam muitas mães nutrizas. Essa alteração pode ser minimizada, com a aplicação de técnicas de relaxamento e instrução a respeito do sono do bebê e da mãe¹⁹.

Outrossim, no grupo de Não doadoras o DE Dor aguda foi encontrado em 38%. A identificação da dor aguda é

fundamental para que se tenha sucesso no processo de amamentação, pois a mulher nutriz carece de conforto e prazer neste ato. Assim, ao se identificar tal diagnóstico assertivamente, estabelece-se a base para intervenção de promoção do bem estar¹⁶.

O diagnóstico de Ansiedade encontrado correspondeu a Doadoras (55,5%) e Não doadoras (52,3%), sendo pertinente a população em questão. A prática do aleitamento materno em muitas situações é causadora de medo, insegurança, conflitos, ansiedade, desconforto físico e até mesmo de depressão para a mulher nutriz, a qual pode adotar o aleitamento materno complementar e/ou artificial, prejudicando o processo de amamentação^{20,21}.

Portanto, discute-se que o grupo das Doadoras possui suas especificidades por se encontrar em contato direto com o BLH. Por conseguinte, pode-se inferir que essa aproximação possibilite à maioria dessas mulheres o acesso a informações, ocasionando “sensação de segurança” e autoconfiança²². Neste grupo, percebeu-se prevalência do DE Disposição para amamentação melhorada (66,6%); a não totalidade deste DE Amamentação interrompida caracterizado por separação entre mãe e filho relacionado a prematuridade e a doença da criança.

Desta forma, o enfermeiro deve ser capaz de acolher a mulher de forma a lhe transmitir segurança e autonomia para agir, uma vez que a amamentação faz parte de um momento em que esta pode se sentir frágil e insegura.

Limitações do estudo

O tempo permanência no local para execução da pesquisa, a aplicação da consulta de enfermagem e a não utilização de um protocolo instituído no cotidiano do BLH, tornaram-se

fatores limitantes para esta pesquisa.

Contribuição para a prática

Esse estudo sinaliza registros apropriados da assistência de enfermagem, indicando a possibilidade de futuros estudos comparativos e longitudinais da prevalência e incidência dos diagnósticos de enfermagem, além da eficácia e eficiência das intervenções. Com isso, novos questionamentos podem surgir, tanto na aplicabilidade de protocolos de consulta de enfermagem nesse serviço e sua implementação na prática.

CONCLUSÃO

A contribuição desta pesquisa está pautada nas necessidades de cuidado das mulheres em questão, à adequação da taxonomia, bem como sua validade para a clientela e ao Banco de leite humano. A caracterização diagnóstica de enfermagem referente às mulheres atendidas no BLH revela especificidades dessas nutrizas nos grupos Não doadoras e de Doadoras.

Os diagnósticos de enfermagem identificados podem auxiliar o profissional de enfermagem na condução das práticas no BLH, bem como, na necessidade de se instituir um protocolo para consulta de enfermagem frente principais domínios diagnósticos. Desta forma, é possível identificar quais intervenções mais assertivas para esta demanda de cuidado podem beneficiar as mulheres atendidas no Banco de Leite Humano.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Nathália Carolina Tomazelli Crespo, Rosimere Ferreira Santana, Valdecyr Herdy Alves, Audrey Vidal Pereira, Giovanna Rosario Soanno Marchiori, Diego Pereira Rodrigues.

REFERÊNCIAS

1. Rezende EDF, Pereira ES. Os múltiplos papéis da mulher trabalhadora: um olhar do Serviço Social. [Internet] 2016 [acesso em 2016 maio 24];15(1). Disponível em: <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv3n5/artigo17.pdf>
2. Lopes MN, Dellazzana-Zanon LL, Boeckel MG. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Temas psicol (Online)* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 02];22(4):917-28. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt.
3. Kalil IR, Aguiar AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde debate*. [Internet]. 2016 set [acesso em 2017 jan 20];40(110):208-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611016>
4. Amaral GA. Os desafios da inserção da mulher no mercado de trabalho. *Itinerarius Reflectionis*.2013;8(2):1-20.
5. Branco MB, Alves VH, Rodrigues DP, Souza RD, Cruz AF, Marinho TF. Promoção do aleitamento materno nos bancos de leite humano do estado do Rio de Janeiro. *Rev enferm UFSM*. 2015;5(3):434-43.
6. Almeida JM, Luz SD, Ued FD. Supportofbreastfeedingbyhealthprofessionals: integrativerewiewoftheliterature. *Rev paul pediatr*. 2015 Sep;33(3):355-62.
7. Mata LRF, Souza CC, Chianca TCM, Carvalho EC. Creating diagnoses andinterventionsundertheauspicesofdifferentsnursingclassification systems. *Revescenenferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 2017fev 06];46(6):1511-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_31.pdf
8. North American Nursing Diagnosis Association- NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
9. Bittencourt G, Crossetti M. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013 [acessoem 2017fev 06];47(2): 341-7. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/58510/61505>
10. Carpenito-Moyet LJ, Garcez RM. Manual de diagnósticos de enfermagem. 13ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
11. Ogunfowokan AA, Oluwatosin AO, Olajubu AO, Alao OA, Faremi AF. Student Nurses' Perceived Use of NANDA-I Nursing Diagnoses in the Community Setting. *Int J NursKnowl*. 2013;24(1):37-43.
12. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th. ed. London: Jones and Bartlett Publishers International; 2014.
13. Amando AR, Tavares AK, Oliveira AKP, Fernandes FECV, Sena CRS, Melo RA. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. *Rev baiana enferm*. 2016;30(4).
14. Silva E, Jesus L, Batistela E, Castro N, Fonseca L. Doação de leite materno ao banco de leite humano: conhecendo a doadora. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. [Internet] 2015 [Acesso em 2017 Ago 31];10(4):879-89. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16464>
15. Roccii E, Rosa AOF. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev bras enferm*. [Internet] 2014 [Acesso em 2017 Jan 26];67(1):22-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>
16. Vieira F, Tonhá ACM, Martins DMC, Ferraresi MF, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. *Rev RENE*. 2012;12(3):462-70.
17. Conceição CDS, Alves VH, da Silva LR, Martins CA, de Mattos DV, Rodrigues, DP. Quality care of the bank of human milk: the perception of users. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet] 2013 [acesso em 2016 dez 22];7(5):1271-78. Disponível em:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4280/pdf_2583
18. Neves RS, de Araújo, P. H. M., & Lacerda, T. C. L. (2014). Diagnósticos de enfermagem prevalentes no bloco materno-infantil de um hospital público de Brasília. *Enfermagem em Foco*, 5(3/4), 53-56.
19. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. *Rev gaúcha enferm*. 2016;37(3).
20. AlvesVH, Rodrigues DP, Cabrita BAC, Vieira BDG, Branco MBLR, Sá AMP. Breastfeeding as an evaluative practice in know-how: a descriptive study. *Online braz j nurs*. [Internet] 2013 Dec [acesso em 2014 out 25];12(4):902-10. Disponível em:http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4154/pdf_36
21. Mazzo MHSN, Brito RS. Indicadores empíricos das necessidades humanas afetadas das puérperas: validação por grupo focal. *Online braz j nurs* [Internet]. 2015 abr [acesso em 2017 fev 06];14(1):41-50. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4602/pdf_387
22. Figueiredo MCD, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva IT. Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2015;25(2), 204-210.

CONSULTAS MAIS FREQUENTES RESPONDIDAS PELO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS: ATUAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA

Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Alexandre Ernesto Silva², Monike Monike Tathe Vieira Pedrosa³, Danielle Brandão Ferreira⁴, Patrícia Silva de Oliveira⁴, Deise Leonel Assunção Lara⁴

Objetivo: identificar os questionamentos mais frequentes respondidos por meio eletrônico e parecer técnico em três áreas temáticas de atuação da câmara técnica. **Metodologia:** estudo descritivo que utilizou como fontes de informação e-mails respondidos e pareceres técnicos publicados no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Perguntas recebidas por e-mail que ainda não haviam sido respondidas aos consultantes foram excluídas. **Resultados:** Foram levantadas 695 consultas recebidas por e-mail e 22 recebidas por ofício, sendo 691 respondidas por via eletrônica, 19 via ofício e 07 via parecer técnico. Considerando as áreas temáticas, 436 eram referentes à área gerencial e assistencial, 267 à atenção primária e 14 à sistematização da assistência de enfermagem. **Conclusão:** Os resultados refletem que os pontos mais questionados referem-se a questões técnicas do exercício profissional e instigam a reflexão sobre possíveis posicionamentos técnicos a serem defendidos pelos Conselhos de Enfermagem.

Descritores: Legislação de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Atenção Primária; Processo de Enfermagem.

FREQUENT QUERIES ANSWERED BY THE REGIONAL NURSING COUNCIL OF MINAS GERAIS: WORK OF THE TECHNICAL CHAMBER

Objective: to identify the most frequent questions answered by electronic means and technical opinion in three thematic areas of action of the technical chamber. **Methodology:** descriptive study that used as sources of information e-mails answered and technical opinions published from August 2015 to August 2016. Questions received by e-mail that had not yet been answered to the querents were excluded. **Results:** 695 queries were received by e-mail and 22 received by printed office, of which 691 were answered electronically, 19 by means letter and 07 by technical advice. Considering the thematic areas, 436 were related to the Management and Assistance area, 267 to Primary Care and 14 to the Systematization of Nursing Care. **Conclusion:** The results reflect that the most questioned points refer to technical questions of the professional practice and instigate the reflection on possible technical positions to be defended by the Nursing Councils.

Descriptors: Legislation Nursing, Nursing Care, Primary Care Nursing, Nursing Process.

CONSULTAS MÁS FRECUENTES RESPONDIDAS POR EL CONSEJO REGIONAL DE ENFERMERÍA DE MINAS GERAIS: ACTUACIÓN DE LA CÁMARA TÉCNICA

Objetivo: identificar los cuestionamientos más frecuentes respondidos por medio electrónico y parecer técnico en tres áreas temáticas de actuación de la cámara técnica. **Metodología:** estudio descriptivo que utilizó como fuentes de información e-mails contestados y opiniones técnicas publicadas en el período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Las preguntas recibidas por e-mail que aún no habían sido respondidas a los consultores fueron excluidas. **Resultados:** Se levantaron 695 consultas recibidas por e-mail y 22 recibidas por carta impresa, siendo 691 respondidas por vía electrónica, 19 vía carta y 07 a través del dictamen técnico. Considerando las áreas temáticas, 436 eran referentes al área gerencial y asistencial, 267 a la atención primaria y 14 a la sistematización de la asistencia de enfermería. **Conclusión:** Los resultados reflejan que los puntos más cuestionados se refieren a cuestiones técnicas del ejercicio profesional e instigan la reflexión sobre posibles posicionamientos técnicos a ser defendidos por los Consejos de Enfermería.

Descriptor: Legislación de Enfermería, Atención de Enfermería, Enfermería de Atención Primaria, Proceso de Enfermería.

¹Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, MG. Conselho Regional de Enfermagem, MG.

²Universidade Federal de São João del Rei- UFSJ, MG. Conselho Regional de Enfermagem, MG.

³Prefeitura Municipal de Vespasiano, MG. Conselho Regional de Enfermagem, MG.

⁴Conselho Regional de Enfermagem, MG.

Autor correspondente: Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: lucianarfмата@gmail.com

INTRODUÇÃO

São notáveis os avanços da Enfermagem Brasileira relacionados à ampliação das atividades e frentes de trabalho, autonomia profissional, reconhecimento e relevância social⁽¹⁾.

O sucesso e concretização destes avanços estão atrelados ao trabalho de órgãos regulamentadores da profissão a nível federal e estadual, em consonância com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) são entidades representativas que atuam no propósito de normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de forma a moralizar a profissão, zelar pela qualidade da prestação de serviço, garantir a legalidade e os princípios éticos².

Considerando que uma das principais atividades dos Coren(s) é zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem com vistas à melhoria do exercício profissional³, a atuação da Câmara Técnica apresenta considerável importância na assessoria aos questionamentos dos profissionais de enfermagem, desenvolvendo estudos que possam inferir na mudança comportamental ou evolução das técnicas desenvolvidas pelos profissionais.

De acordo com o regimento interno do Coren-MG, a Câmara Técnica é definida como um Órgão consultivo e analítico, composto por colaboradores de referência, com notório saber ou larga experiência profissional em sua área de atuação ou especialidade. Este Órgão colabora com o Departamento de Fiscalização no assessoramento a dúvidas e na proposição de temas para processo de educação permanente dos fiscais e consulentes, bem como garante respostas e pareceres técnicos fidedignos, agilizando o retorno aos profissionais e instituições⁴.

No contexto dessa atuação, julgou-se importante reconhecer quais são as consultas mais frequentes pela Câmara Técnica do Coren-MG. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo identificar os questionamentos mais frequentes respondidos por meio eletrônico e parecer técnico em três áreas temáticas de atuação da câmara técnica. A expectativa é de que a divulgação científica destes achados instigue os profissionais de enfermagem a refletirem sobre o seu cenário de exercício profissional, estimule a realização de novas consultas, bem como a reflexão sobre possíveis posicionamentos técnicos a serem defendidos pelos Conselhos de Enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido por meio de análise documental.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Coren-MG.

Coleta dos dados

Utilizou-se, como fontes de informação, o endereço eletrônico da Câmara Técnica do Coren-MG e os pareceres técnicos publicados na página on-line do Conselho. Perguntas recebidas por e-mail que ainda não haviam sido respondidas aos consulentes foram excluídas no presente estudo.

Foi realizado o levantamento de todos os e-mails respondidos e pareceres técnicos publicados no site do Coren-MG no período de agosto de 2015 a agosto de 2016, referentes às áreas temáticas gerencial e assistencial, atenção primária e sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Ressalta-se que a temática gerencial e assistencial compreende a atuação da enfermagem no campo generalista.

Procedimentos de análise dos dados

As perguntas levantadas na caixa de entrada de cada área foram organizadas em subcategorias temáticas, a fim de facilitar o agrupamento e identificação de repetições. Os dados foram dispostos em uma planilha do Excel para Windows e, em seguida, normalizados de acordo com a adequação de tempos verbais, a correção de ortografia, a uniformização de gênero, exclusão das repetições, dos sinônimos e das expressões casuais que não designavam conceitos particulares. Este refinamento foi realizado durante três reuniões presenciais com cinco membros da câmara técnica.

Os dados foram analisados considerando sua frequência absoluta, percentual, média e desvio padrão.

Procedimentos éticos

O projeto atendeu a Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº 2.246.462).

RESULTADOS

Foram levantadas 695 consultas recebidas por e-mail e 22 recebidas por ofício, sendo 691 respondidas por via eletrônica, 19 via ofício e 07 via parecer técnico. Considerando as áreas temáticas, 436 consultas eram referentes à área gerencial e assistencial, 267 à atenção primária e 14 à SAE. No quadro 01, é descrita a categoria profissional dos consulentes de acordo com a área temática:

Quadro 01 – Categoria profissional dos consultentes, por área temática. Belo Horizonte, 2017.

Área	Categoria Profissional					
	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Outros Profissionais	Não identificados	Demanda de profissionais do Coren-MG
Gerencial e Assistencial	292	55	09	09	31	-
Atenção Primária	125	17	05	07	09	01
SAE	14	-	-	-	-	-

Na temática gerencial e assistencial, foram identificados consultentes da área administrativa de serviços hospitalares (04), fisioterapeuta (02), técnico em segurança do trabalho (01), escrivão da polícia militar (01) e farmacêutico (01). Destacam-se como consultas apresentadas por outras categorias profissionais: preparo de drogas antineoplásicas por profissionais de enfermagem, aspiração traqueal por técnicos de enfermagem, atribuições dos profissionais de enfermagem na técnica de sondagem nasoentérica e vesical, e auditoria.

Na temática atenção primária, sete consultentes não eram profissionais de enfermagem, sendo quatro gestores de saúde e três farmacêuticos. As dúvidas apresentadas por esses profissionais referem-se a prescrições de medicamentos pelo enfermeiro e à liberação dos profissionais de enfermagem para a dispensação de medicamentos na farmácia.

Na área gerencial e assistencial, emergiram 11 subcategorias temáticas: competências e atribuições dos profissionais de enfermagem (112/ 25,7%); atividades gerenciais/administrativas/registro profissional (74/ 17,0%); sondas e estomias (63/ 14,5%); administração de medicamentos (42/ 9,6%); estética (35/ 8,0%); resoluções/normas/comissões de ética/registro Cofen-Coren (30/ 6,9%); exames (29/ 6,7%); assistência respiratória (16/ 3,7%); transporte (14/ 3,2%); hemoterapia/agência transfusional (13/ 2,3%); anotações e registros (8/ 1,95%).

Na temática atenção primária, foram consideradas 12 subcategorias temáticas: procedimentos técnicos (64/14,7%), prescrição e transcrição de medicamentos (33/7,6%), solicitação de exames (32/7,3%), protocolos (22/5,0%), atribuição da equipe de enfermagem (20/4,6%), atividades gerenciais e assistenciais na atenção primária (19/4,4%), imunização (16/3,7%), dengue (15/3,4%), acolhimento e classificação de risco (15/3,4%), dispensação de medicamentos (15/3,4%), consulta de enfermagem (9/2,1%) e transporte (7/1,6%).

Destaca-se a subcategoria “procedimentos técnicos” com o maior quantitativo de perguntas, as quais estão relacionadas à: sondagem vesical de demora na UBS/ domicílio, obrigatoriedade da realização do raio-x para a sondagem nasoentérica em UBS/domicílio, troca de sonda de cistostomia pelo enfermeiro, obrigatoriedade de supervisão de enfermagem em UBS com funcionamento de 24 horas, retirada de Tunga penetrans, e administração de penicilina na UBS.

Na temática SAE, foram consideradas quatro subcategorias: evolução de enfermagem (05), prescrição de enfermagem (04), obrigatoriedade da SAE (03) e atividade privativa do enfermeiro (02).

A subcategoria “evolução de enfermagem” apresentou o maior número de consultas, que se referem à periodicidade e obrigatoriedade de realização da evolução de enfermagem por enfermeiros e técnicos de enfermagem. O quadro 02 apresenta as perguntas mais frequentes de cada área temática.

Quadro 02 - Perguntas mais frequentes por área temática. Belo Horizonte, 2017.

Área temática (n)	Pergunta	Frequência (n-%)
Gerencial e Assistencial (436)	Quais procedimentos estéticos podem ser realizados por enfermeiros e qual a formação exigida?	35 - 8,0
	Inserção e retirada da sondagem vesical são procedimentos realizados por quais profissionais de enfermagem?	27 - 6,2
	Aspiração de secreção endotraqueal pode ser realizada por quais profissionais de enfermagem?	11 - 2,5
	É permitida a punção de fistula arteriovenosa em domicílio pelo técnico de enfermagem?	11 - 2,5
Atenção Primária (267)	Quais medicamentos podem ser prescritos por enfermeiros?	13 - 4,9
	O técnico de enfermagem pode trabalhar na unidade de saúde sem a supervisão do enfermeiro?	7 - 2,6
	Enfermeiro que trabalha na atenção primária possui respaldo legal para liberar, dispensar e encaminhar pacientes classificados pelo Protocolo de Manchester a outro serviço de saúde sem avaliação médica?	6 - 2,2
SAE (14)	Há legislação que defina a periodicidade para realização da evolução de enfermagem pelo enfermeiro?	03 - 21,4
	É obrigatória a implementação do processo de enfermagem em toda instituição hospitalar?	03 - 21,4
	A prescrição de enfermagem possui legalidade, sendo que o técnico de enfermagem tem a obrigatoriedade de executar e checar a intervenção prescrita?	02 - 14,3
	O processo de Enfermagem é privativo do Enfermeiro?	02 - 14,3

DISCUSSÃO

Considerando a temática gerencial e assistencial, a pergunta mais frequente refere-se à competência e formação do enfermeiro para realização de procedimentos estéticos. Atualmente, têm surgido diferentes técnicas e tratamentos estéticos, bem como sua propagação entre a sociedade, que se encontra mais interessada por cuidados relacionados à aparência física⁵. Nesse contexto, a enfermagem, como uma profissão da área da saúde, tem buscado seu espaço no tratamento estético, por meio de discussões éticas e legais para regulamentar essa prática.

A segunda pergunta mais frequente nesta temática está relacionada à sondagem vesical. O profissional de enfermagem habilitado a realizar o procedimento de inserção da sonda é o Enfermeiro. Esta condição privativa está legislada pela Resolução Cofen 450/2013 que normatiza o procedimento de sondagem vesical e se fundamenta na condição de ser a sondagem vesical um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, o qual está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical⁶.

A competência para realizar a aspiração de secreções endotraqueais, dentre os profissionais de enfermagem, foi a terceira pergunta mais frequente nesta temática. A Resolução Cofen nº 557/2017 aponta que pacientes graves, com intubação orotraqueal ou traqueostomia devem ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional enfermeiro. Em contrapartida, pacientes considerados não graves, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, poderão ter esse procedimento realizado por técnico de enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro, como parte integrante do processo de enfermagem⁷.

A quarta pergunta mais frequente está relacionada à competência do técnico de enfermagem para realização da punção de fístula arteriovenosa (FAV) em domicílio. A FAV é desenvolvida a partir da junção da artéria a uma veia⁸. Em relação à primeira punção da FAV, caberá exclusivamente ao enfermeiro sua realização, precedida da devida avaliação⁹. No que tange à avaliação do local da punção, compete ao enfermeiro e técnico de enfermagem a observação e identificação de possíveis sinais de anormalidades, bem como o registro^{10,11}.

Considerando a área da atenção primária, a pergunta mais frequente refere-se à prescrição de medicamentos por enfermeiros. A atribuição da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está prevista na Lei 7.498 de 1986 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, a qual descreve em seu artigo 11, inciso II, alínea "c" que é atribuição do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública

e em rotina aprovada pela instituição de saúde^{12,13}.

A segunda pergunta mais frequente nessa temática está relacionada à legalidade do técnico de enfermagem em atuar na unidade de saúde sem a supervisão do enfermeiro. A supervisão do enfermeiro é respaldada pela Lei 7.498 de 1986 (MS, 1986). O processo de supervisão pode ser definido como instrumento que qualifica a enfermagem por meio do estímulo de cada profissional, aperfeiçoando os cuidados prestados, a partir de ações pautadas em princípios éticos e democráticos. A supervisão auxilia o processo de trabalho da equipe, pois possibilita orientação, reforço de potencialidades e, conseqüentemente, a satisfação profissional¹⁴.

O terceiro questionamento mais frequente no contexto da atenção primária refere-se à prática do enfermeiro na classificação de risco pelo Protocolo de Manchester e a liberação do paciente sem avaliação médica. É importante ressaltar que classificação de risco difere-se da ação de triagem, que consiste em uma ação excludente de seleção dos indivíduos a serem atendidos¹⁵. Em contrapartida, a classificação pelo Protocolo de Manchester implica na organização do fluxo de atendimento por prioridades clínicas de gravidade, com acolhimento de todos que procuraram o serviço de saúde e, portanto, não tem como objetivo negar atendimento médico, mas sim organizar e garantir o atendimento a todos, conforme as necessidades¹⁶.

No que concerne à área SAE, a maior demanda desta área na Câmara Técnica é de assessoria aos serviços de saúde para a condução do processo de implantação do processo de enfermagem. Há um quantitativo expressivo de solicitações referentes a palestras, visitas técnicas, e avaliação de instrumentos de coleta de dados e de registros das etapas do processo de enfermagem. Considerando as perguntas mais frequentes, tem-se o questionamento sobre a obrigatoriedade da SAE em toda a instituição de saúde. De acordo com a Resolução Cofen nº 358/2009, é obrigatória a realização do processo de enfermagem a todos os pacientes que recebem o cuidado do enfermeiro¹⁷.

Contudo, é importante ressaltar os desafios e dificuldades encontrados para implementação do processo de enfermagem. Fatores inerentes ao ensino de suas etapas, às características dos cenários da prática assistencial e, ainda, às habilidades e competências dos profissionais têm dificultado seu emprego na prática assistencial¹⁸.

No âmbito da evolução de enfermagem, o questionamento frequente foi sobre a existência de uma legislação que definisse a periodicidade para realização da evolução de enfermagem pelo enfermeiro. O registro da evolução de enfermagem permite visibilidade ao trabalho do enfermeiro e, principalmente, fornece subsídios para a avaliação do paciente e definição das condutas escolhidas. Contudo, profissionais relatam dificuldades de execução em função

do tempo e apontam que a demanda de serviços dificulta o acompanhamento da evolução dos pacientes¹⁹.

Outra pergunta relevante foi sobre a atuação privativa do enfermeiro na execução do processo de enfermagem. Essa metodologia de assistência é privativa do enfermeiro, ao passo que se trata de uma linha de raciocínio cíclica para prestação do cuidado. Aos demais profissionais que compõem a equipe de enfermagem, cabe o auxílio na execução de algumas etapas¹⁸. Nesse contexto, é que se insere a ideia de que o enfermeiro deve estar em constante aprimoramento do raciocínio clínico com integração das respostas psicossociais às fisiológicas, uma vez que ambas interferem no complexo processo saúde/doença²⁰.

Limitações do estudo

Destaca-se, como limitação do estudo, a restrição de coleta de dados com foco em três áreas temáticas de atuação da câmara técnica, visto que outros campos de atuação da enfermagem também abrangem dúvidas relevantes e polêmicas no cenário profissional.

Contribuição do estudo para a prática

Proporcionar a divulgação da atuação da câmara técnica do Coren-MG como espaço de discussão, de construção formal e de atualização da ciência enfermagem frente as realidades vivenciadas pelos profissionais no campo de prática constitui-se em relevante contribuição.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a divulgação das principais dúvidas respondidas pela câmara técnica do Coren-MG, com destaque para as questões relacionadas à atuação de enfermagem na área da estética, atribuições da equipe de enfermagem na técnica de sondagem vesical e prescrição de medicamentos pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. As dúvidas referem-se a questões técnicas do exercício profissional e instigam a reflexão sobre possíveis posicionamentos técnicos a serem defendidos pelos Conselhos de Enfermagem.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Luciana Regina Ferreira da Mata, Alexandre Ernesto Silva, Monike Tathe Vieira Pedrosa, Danielle Brandão Ferreira, Patricia Silva de Oliveira, Deise Leonel Assunção Lara.

REFERÊNCIAS

- 1 - Moreira A, Garcia CL. A Associação Brasileira de Enfermagem e a criação do Conselho Profissional no Brasil. *Rev de Pesq.: cuidado é fundamental Online* [Internet]. 2009 [acesso em 05 set 2017]; 1(1): 97-110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2009.v1i1.%25p>
- 2 - Neto DL, Dib KJC, Almeida C, Barreto DMO, Lopes MSS. Poder de polícia administrativa na fiscalização dos Conselhos Regionais de Enfermagem. *Rev. Direito UNIFACS - Debate Virtual* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jul 2017]; 183:1-8. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/3878/2649>
- 3 - Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Brasília: O Cofen; 2017 [acesso em 05 jul 2017]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen>
- 4 - Conselho Regional de Enfermagem. Regimento Interno [Internet]. 2013. [acesso em 10 jul 2017]. Disponível em: https://www.corenmg.gov.br/public/anexos/regimento_interno_corenmg_2013.pdf
- 5 - Ferreira JB, Lemos LMA, Silva TR. Qualidade de vida, imagem corporal e satisfação nos tratamentos estéticos. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* [Internet]. 2016 [acesso em 18 set 2017]; 6(4):402-420. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1080/742>
- 6 - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 450/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília (DF): Cofen; 2013.
- 7 - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 557/2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília (DF): Cofen; 2017.
- 8 - Moreira AGM, Araújo STC, Torchi TS. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 [acesso em 20 set 2017]; 17(2):256-262. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200008>
- 9 - Paiva TRS, LIMA FET. Manutenção das fistulas arteriovenosas confeccionadas no Centro de Nefrologia de Caucaia-CE. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 20 set 2017]; 12(3):313-320. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622008000300004>
- 10 - Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília (DF). 09 jun. 1987 [citado 2 jan 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 03 mar. 2017.
- 11 - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 311/2207. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): Cofen; 2007.
- 12 - Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [acesso 2 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.
- 13 - Martiniano CS, Andrade PS, Magalhães FC, Souza FF, Clementino FS, Uchôa SAC. Legalização da prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro no Brasil: história, tendências e desafios. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 20 set 2017]; 24(3): 809-817. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf
- 14 - Nascimento ACEC, Pinto ALR, Pereira CRA, Souza FEP, Vieira ZRS, Andrade GD B et al. A importância da supervisão de enfermagem nas instituições de saúde. *Rev Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2013 [acesso 10 jun 2017]; 6(2): 339-343. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2908/1995>
- 15 - Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2011 [acesso 8 set 2017]; 15(3):524-530. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>.
- 16 - Silva PM, Barros KP, Torres HC. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2012 [acesso 8 set 2017]; 16(2): 225-231. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200011>
- 17 - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/09, dispõe sobre o processo de enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEn; 2009. [citado em 17 ago 2015]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
- 18 - Carvalho EC, Kusumota L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 [acesso 21 set 2017]; 22(spe1):554-557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800022.
- 19 - Silveira DM, Magalhães M, Chagas MC, Ilha S, Nicola GDO, Pereira FW. Facilidades/dificuldades vivenciadas por graduandos de uma universidade pública na elaboração da evolução de enfermagem. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acesso 11 ago 2017]; 23(6):832-837. Disponível em: http://www.e-publicacoes_teste.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7267.
- 20 - Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso 11 jul 2017]; 18(1):[06 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19

CARGA DE TRABALHO E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Ana Tamara Kolecha Giordani Grebinski¹, Francislene Aparecida Biederman², Caroline Berte³, Grasiely Masotti Scalabrin Barreto², João Lucas Campos de Oliveira³, Elba Bispo dos Santos²

Objetivo: Mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e dimensionar o quadro de pessoal necessário para o suprimento desta demanda. **Metodologia:** Estudo transversal, documental e quantitativo. Foram coletadas variáveis de caracterização clínica e demográfica da amostra (n=105) de recém-nascidos e da carga de trabalho da enfermagem por meio do Nursing Activities Score (NAS). O dimensionamento foi calculado com base em equação para terapia intensiva e ajustado à Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem. **Resultados:** A média do NAS da UTIN foi de 749,9. Obteve-se quadro dimensionado de 43 profissionais, com déficit de 17 enfermeiros em comparação ao quadro disponível. **Conclusão:** O quadro de enfermeiros da UTIN é insuficiente.

Descritores: Carga de trabalho; Dimensionamento; Equipe de enfermagem; Unidades de terapia intensiva neonatal.

WORKLOAD AND SIZING OF THERAPY IN NURSING STAFF INTENSIVE NEWBORN

Objective: To measure the workload of the nursing team of a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and to size the personnel needed to supply this demand. **Method:** Cross-sectional, documentary and quantitative study. Clinical and demographic characterization variables of the sample (n = 105) of newborns and the nursing workload were collected through the Nursing Activities Score (NAS). The design was calculated based on a formula for intensive therapy and adjusted to Resolution 543/2017 of the Federal Nursing Council. **Results:** The mean of the NICU NAS was 749.9. It was obtained a dimensioned picture of 43 professionals, with a deficit of 17 nurses in comparison to the available picture. **Conclusion:** Nurses from the NICU are insufficient.

Descriptors: Workload; Sizing; Nursing team; Neonatal intensive care units.

CARGA DE TRABAJO Y DIMENSIONAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Objetivo: Medir la carga de trabajo del equipo de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y dimensionar el cuadro de personal necesario para el aprovisionamiento de esta demanda. **Metodología:** Estudio transversal, documental y cuantitativo. Se recogieron variables de caracterización clínica y demográfica de la muestra (n = 105) de recién nacidos y de la carga de trabajo de la enfermería por medio del Nursing Activities Score (NAS). El dimensionamiento fue calculado con base en fórmula para terapia intensiva y ajustado a la Resolución 543/2017 del Consejo Federal de Enfermería. **Resultados:** El promedio del NAS de la UTIN fue de 749,9. Se obtuvo un cuadro dimensionado de 43 profesionales, con déficit de 17 enfermeros en comparación al cuadro disponible. **Conclusión:** El cuadro de enfermeros de la UTIN es insuficiente.

Descriptorios: Carga de trabajo; Dimensionamiento; Equipo de enfermería; Unidades de terapia intensiva neonatal.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, Cascavel-PR.

²Hospital Universitário do Oeste do Paraná-HUOP, Cascavel-PR.

³Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT, Cuiabá-MT.

Autor correspondente: Ana Tamara Kolecha Giordani Grebinski, E-mail: anatamarakolecha@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o ambiente destinado a prestar cuidado integral ao recém-nascido (RN) clinicamente grave ou potencialmente grave. Para isso, necessita de infraestrutura e tecnologia qualificada para viabilização de condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada e segura, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados¹.

A equipe de enfermagem destaca-se no manejo das tecnologias em saúde e da assistência prestada aos pequenos pacientes, uma vez que possui habilidades técnicas e domínio científico para o cuidado ininterrupto e integral aos RN de risco admitidos nestas unidades. Logo, o trabalho da enfermagem deve desdobrar-se em saberes individuais e coletivos nos domínios do conhecimento, experiências e competências de seu escopo profissional, a fim de favorecer a qualidade do cuidado tão peculiar prestado na terapia intensiva neonatal².

Postula-se que a qualidade do cuidado de enfermagem abarca a prestação de serviços que atendam com segurança as necessidades dos pacientes, alavanquem a sua satisfação e/ou de familiares; e, ao mesmo tempo, se utilize estrategicamente dos recursos disponíveis à assistência³, o que é um desafio, também, no contexto de UTIN⁴. Para tanto, ações de planejamento que compreendam o fornecimento de estrutura física e de recursos adequados ao cuidado são indispensáveis para busca de melhorias, o que inclui o provimento de profissionais qualificados e em quantitativo suficiente⁴.

Na provisão de recursos humanos de enfermagem, o dimensionamento foi definido com novos parâmetros através da resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁵. Tal normativa é, talvez, um grande avanço à fiscalização dos serviços de enfermagem, sendo um potencial estimulador na viabilização de condições de trabalho mais dignas à categoria profissional, por meio da adequada distribuição de carga de trabalho⁶. Neste escopo, na assistência intensiva – que inclui as UTIN – a resolução traz o parâmetro de carga de trabalho voltado à demanda de 18 horas assistenciais/dia por paciente, entre outras determinações que normatizam o dimensionamento no Brasil⁵.

O planejamento das ações de enfermagem, principalmente na esfera gerencial, necessita de meios e instrumentos completos e estratégicos, capazes de oferecer dados que se traduzam em informações válidas ao processo decisório, incluindo o tempo real necessário da assistência de enfermagem, ou seja, da mensuração da carga de trabalho⁷. Em UTIN, a medida da carga de trabalho da equipe

de enfermagem pode ser feita por instrumentos próprios do saber gerencial da área, como o Nursing Activities Score(NAS)² que é uma ferramenta de mensuração desta variável de interesse ao dimensionamento de pessoal muito bem adaptada e válida à realidade assistencial de terapia intensiva⁸⁻⁹.

Sabendo que a equipe de enfermagem presta assistência contínua e ininterrupta para os neonatos, é fundamental conhecer a carga de trabalho e dimensionar o quadro de pessoal previsto ao cuidado, tornando estudos na problemática enunciada social e cientificamente relevantes. Portanto, questionou-se: Qual é a carga de trabalho da equipe de enfermagem de uma UTIN de um hospital universitário e o quadro de pessoal dimensionado com base na sua mensuração?

Assim o objetivo do estudo foi mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem de uma UTIN e dimensionar o quadro de pessoal necessário para o suprimento desta demanda.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa transversal, retrospectiva, de fonte documental e abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A pesquisa deu-se sobre o montante de pacientes internados e profissionais de enfermagem disponíveis em um recorte de seis meses, compreendendo o período entre 1º de janeiro a 30 de junho de 2017.

Local do estudo

O estudo foi realizado na UTIN de um Hospital Universitário público do interior do Estado do Paraná, Brasil. A organização conta com 210 leitos ativos exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), e a unidade dispõe de 10 leitos credenciados em Nível II de complexidade. Ademais, o serviço de enfermagem da UTIN se organiza em turnos entre cinco equipes dispostas nos turnos matutino, vespertino e três períodos noturnos.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em julho de 2017, utilizando o sistema de prontuário eletrônico terceirizado pelo hospital para extração de informações sobre a clientela de RN. Ainda, a planilha de gerenciamento de enfermagem da unidade, para conhecer a força de trabalho da equipe disponível no setor.

Foram compilados, diretamente para planilha eletrônica, dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados, a saber: sexo; idade gestacional; peso de nascimento; tempo de permanência na unidade; desfecho (alta ou óbito) e pontuação diária do NAS, que é realizada pelos enfermeiros da unidade diariamente. A ausência da pontuação do NAS durante toda a internação do RN foi considerada o único critério de exclusão, não havendo nenhuma perda.

O NAS é um instrumento de medida da carga de trabalho da enfermagem composto por 32 atividades/ itens de avaliação, distribuídas nas seguintes dimensões avaliativas: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico, e intervenções específicas. O número de itens de apreciação de cada dimensão é variado, e corresponde às ações de enfermagem próprias de cada domínio. Com a avaliação sobre um período de 24 horas do estado do paciente e a demanda de cuidados, a escore máximo do NAS é de 176,8%(8-9).

Procedimentos de análise dos dados

Os dados já armazenados no software Microsoft Office Excel®, versão 2016, foram submetidos à análise estatística descritiva, utilizando-se medidas de proporção, tendência central e dispersão. Para calcular o dimensionamento da equipe de enfermagem, empregou-se equação própria para a medida em unidade de terapia intensiva(10): PE= E. (média do NAS/100) +15%.

Sobre a fórmula descrita, a sigla "PE" corresponde ao quantitativo total de profissionais de enfermagem requeridos na unidade; "E" diz respeito ao número de equipes disponíveis (neste caso, igual a cinco) nos turnos de trabalho, que é multiplicado pela média do NAS da unidade. A média do NAS da UTIN representou a soma diária desta pontuação de todos os pacientes atendidos durante o período de pesquisa, dividido pelo número de dias da mesma, que foi de 181. Esta média foi dividida por 100, pois, segundo a literatura, isso deve corresponder a um profissional de enfermagem⁹.

O resultado da equação foi acrescido de 15%, representando o Índice de Segurança Técnica (IST), que é um percentual mínimo adicionado ao quadro de pessoal dimensionado, recomendado pela resolução do COFEN vigente a fim de suprir as ausências previstas e não previstas dos recursos humanos de enfermagem⁵.

Para definir a proporção de trabalhadores de enfermagem por categoria profissional no dimensionamento de enfermagem utilizou-se os parâmetros da Resolução do COFEN nº 543 de 2017. Para isso, foi previamente determinado o quantitativo mínimo de 52% de enfermeiros sobre o total do quadro de pessoal para a demanda de pacientes intensivos⁵.

O enfermeiro ocupante do cargo de coordenação, ou seja, gerente da UTIN, não foi considerado no quadro real do setor, uma vez considerando-se apenas os profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente.

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa que fomentou este estudo cumpriu as exigências éticas cabíveis aos estudos com seres humanos sendo submetido e aprovado por comitê de ética institucionalizado, recebendo parecer nº 2.252.26/2017.

RESULTADOS

O total de 105 RN compôs a amostra de pacientes do estudo, com prevalência (65%) do sexo masculino. A taxa de mortalidade neonatal foi de 6,7%. A média da taxa de ocupação da UTIN no período investigado foi de 97% dos leitos. A Tabela 1 apresenta dados demográficos e clínicos da amostra de pacientes.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos recém-nascidos (n=105) atendidos na UTIN. Cascavel, PR, Brasil, 2017.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	68	65
	Feminino	37	35
Idade Gestacional	24 – 27 semanas	9	9
	28 – 32 semanas	30	29
	33 – 36 semanas	27	26
	> 37 semanas	39	37
Peso ao Nascer	< 1000g	15	14
	1001g – 2500g	48	46
	2501g – 4000g	38	36
	> 4000g	4	4
Tempo de Internação	0 a 10 dias	67	64
	11 a 30 dias	27	26
	> 31 dias	11	10

A pontuação do NAS de cada RN nos dias avaliados (n=181), oscilou cada mês dependendo da taxa de ocupação e em relação ao quadro clínico dos neonatos, obtendo uma média de 749,9 pontos do NAS para a Unidade.

Ao aplicar a fórmula para dimensionar a equipe de enfermagem, considerando as cinco equipes na UTIN, a média NAS da Unidade e o acréscimo de IST em 15%, obteve-se o quadro de profissionais dimensionado em 43 trabalhadores de enfermagem, a ser ajustado às categorias profissionais da UTIN considerando o percentual de 52% de enfermeiros. Logo, a Tabela 2 ilustra o comparativo entre o quadro dimensionado e o real disponível na unidade.

Tabela 2 –Comparativo entre o quadro de pessoal de enfermagem dimensionado e o real na UTIN. Cascavel, Paraná, Brasil.

Quadro de Pessoal	Enfermeiros	Técnicos de Enf.	TOTAL
Real	5	25	30
Dimensionado	22	21	43

DISCUSSÃO

Dos 105 pacientes que integraram o estudo, observou-se uma predominância do sexo masculino. Estudos realizados em São Paulo¹¹ e Rio Grande do Sul¹² também evidenciaram uma predominância do sexo masculino com 56,25% e 58,7% respectivamente. Estas evidências podem ser relacionadas ao fato de que o sexo feminino apresenta o amadurecimento dos pulmões mais rápido, sendo considerado um fator protetor em relação às complicações respiratórias¹³. Destarte, o sexo masculino apresenta uma fragilidade desde a concepção, com a lentidão de maturação do sistema respiratório, o que indica maior taxa e tempo de internação nas UTIN.

Em outra instituição, os bebês nasceram em média com 33 semanas de gestação, sendo que 78,4% nasceram de parto prematuro e 21,6% a termo, variando entre 21 e 40 semanas(12). Diante disto, dos 105 RN internados, 63% são prematuros e 37% nasceram a termo, tendo uma variação de 24 a 41 semanas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 15 milhões de bebês nascem prematuramente a cada ano em todo o mundo e que o parto prematuro é a principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos de idade(14). Os partos prematuros extremos, com menos de 28 semanas de gestação, têm um risco aumentado de incapacidade motora e comprometimento cognitivo, o que inclui danos neurológicos de longo prazo, como paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem e comportamentais e problemas respiratórios, como a displasia broncopulmonar¹⁵.

Os contínuos progressos nos serviços de saúde obstétrica e neonatal nos últimos 50 anos aumentaram as taxas de parto prematuro e a mortalidade diminuída permitiu a sobrevivência de muitos RNPT(16). Esta assertiva vai ao encontro da taxa de mortalidade reduzida constatada neste estudo. Ainda, Estado do Paraná no ano de 2015 apresentou como taxa de mortalidade 10,9/1000 nascimentos¹⁷, ou seja, reforçando a baixa mortalidade no setor pesquisado.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são configurados como fatores de riscos, decorrente da vulnerabilidade da população infantil, ou seja, quanto menor o peso e a IG, maior a probabilidade de ocorrência de morbidade¹². Segundo o Ministério da Saúde, neonatos com peso de nascimento abaixo de 2500g são considerados de risco para mortalidade infantil¹⁸.

No que se refere à média pontuação NAS, obteve-se 749,9 pontos para a unidade, sendo um valor elevado de carga de trabalho da equipe de enfermagem. Em São Paulo, um estudo

semelhante obteve uma média do NAS de 568,63 pontos¹¹ evidenciando a alta complexidade da UTIN pesquisada, reforçando a assertiva de que quanto maior a complexidade do paciente, maior a carga de trabalho de enfermagem¹⁹.

A carga de trabalho de enfermagem está relacionada ao processo de trabalho, aspectos culturais, perfil dos profissionais, grau de dependência dos pacientes, complexidade das patologias, disponibilidade de equipamentos e planta física¹⁹. Assim, considera-se que ela não deve ser um indicador de medida isolado, pois a compreensão global de como a enfermagem produz o cuidado é elementar para a decisão gerencial em prol de melhorias.

A alta carga do trabalho de enfermagem na unidade estudada refletiu no déficit expressivo na categoria de enfermeiros¹⁷, quanto ao recomendado pela Resolução vigente do COFEN, onde a equipe de enfermagem que presta assistência à pacientes de cuidados intensivos deve ser composta por no mínimo 52% de enfermeiros⁵.

A adequação do quadro quantitativo e qualitativo de profissionais, especialmente no contexto dos enfermeiros, tende a ser um tabu à ótica puramente organizacional/administrativa, uma vez evidente que este fator incorrerá no dispêndio de recursos financeiros atrelados à folha de pagamento de pessoal com maior renumeração que o de nível técnico⁶. Assim, esta notação se relaciona ao superávit de técnicos de enfermagem encontrado no quadro real, refletindo claramente a inclinação de mais contratações de pessoal de nível médio em comparação aos enfermeiros na UTIN.

Determinar a proporção adequada de enfermeiro/paciente é necessário para otimizar os resultados relacionados à saúde dos pacientes e o funcionamento econômico dos hospitais²⁰. Estudo realizado recentemente em um Hospital Universitário de Porto Alegre identificou que o incremento de 40% do número de enfermeiros e 16% de técnicos de enfermagem tem potencial para reduzir sobremaneira os índices de afastamentos por doença, o total do banco de horas excedentes, as horas extras pagas, bem como redução das taxas de lesão por pressão, quedas e infecções relacionadas ao uso de sonda vesical de demora²¹.

Ante o exposto, este estudo certamente serve de forte subsídio para a gerência da UTIN militar por pessoal adicional no serviço, representado por enfermeiros.

Limitações do estudo

A limitação mais evidente desta pesquisa se relaciona a não consideração de resultados diretos no cuidado intensivo neonatal com a carga de trabalho da enfermagem medida.

Contribuições para a prática

O estudo contribui solidamente ao conhecimento na

área da gerência em UTIN, se conformando como mais um meio respaldado de difundir a necessidade de incremento de recursos humanos para a qualificação do cuidado nestes espaços.

CONCLUSÃO

Conclui-se que carga de trabalho da UTIN é elevada e o quadro de pessoal dimensionado não corresponde ao real apresentado no serviço na categoria de enfermeiros. Há superávit no quadro real para a equipe de enfermagem em nível médio.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Ana Tamara Kolecha Giordani Grebinski, Francislene Aparecida Biederman, Caroline Berte, Grasiely Masotti Scalabrin Barreto, João Lucas Campos de Oliveira, Elba Bispo dos Santos.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 9]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html
- Branco LLWV; Belezza LO; Luna AA. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta. Rev. pesqui. cuid. fundam. [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9]; 9(1):144-151. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5280/pdf>
- Freitas JS; Silva AEBC; Minamisava R; Bezerra ALO; Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 9]; 22(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
- Vieira FPC; Garcia PC; Fuginin FMT. Tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. Rev Acta Paul Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 9]; 29(5):558-64. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3070/307049357011/>
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: COFEN; [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
- Borges F; Bohrer CD; Bugs TV; Nicola AL; Tonini NS; Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-Adulto de hospital universitário público. Cogitare enferm. [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9]; 2(22). Available from: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306/pdf_en
- Goulart LL; Aoki RN; Vegian CFI; Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 9]; 16(2):346-351. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a10.pdf
- Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities score (NAS). [dissertação] São Paulo (SP): escola de enfermagem da USP; 2002. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/pt-br.php>
- Miranda RD, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003; 31(2):374-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576939>
- Inoue KC, Matsuda LM. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for Adults. Acta paul. enferm. [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 9]; 23(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/en_v23n3a11.pdf
- Nunes BK; Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 9]; 21(1):348-355. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100009&script=sci_arttext&lng=pt
- Damian A; Waterkemper R; Paludo CA. Perfil dos neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. Arq. Cienc. Saúde. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 9]; 23(2): 100-105. Available from: <file:///C:/Users/caroline.berthe/Downloads/308-1-3045-1-10-20160722.pdf>
- Souza KCL; Campos NG; Júnior FFUS. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Promoc Saude. [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 9]; 26(4): 523-529. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf/bh13132>
- World Health Organization. Preterm birth. Fact sheet N°363. Updated November. [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Costelo e KL; Hennessy EM; Haider S; Stacey F; Marlow N; Draper ES. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006. BMJ. [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 9]; 345:2-14. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e7976.full.pdf>
- Jarjour IT. Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. Pediatric Neurology. [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 9]; 52 (2):143-152. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899414006584?via%3Dihub>
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Perfil da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná. [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 8]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Mortalidade_Materna_e_Infantil.pdf
- Ministério da Saúde [monografia]. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Vol. 02. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_20guia_profissionais_saude_v2.pdf
- Trettene AS; Fontes CMB; Razera APR; Gomide MR. Impact of promoting self-care in nursing workload. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 9]; 50(4):633-639. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500014>
- Kraljic S; Zuvic M; Desa K; Blagaic A; Sotosek V; Antoncic D; Likic R. Evaluation of nurses' workload in intensive care unit of a tertiary care university hospital in relation to the patients' severity of illness: A prospective study. Int. j. nurs. stud. [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9]; 76:100-105. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.004>
- Quadros DV; Magalhães AMM; Mantovani VM; Rosa DS; Echer IC. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 9]; 69(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0684.pdf>

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TESTE DE PAPANICOLAOU ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL

Gerlane Cristinne Bertino Vêras¹, Cícera Renata Diniz Vieira Silva¹, Estelita Lima Cândido², Marilena Maria de Souza¹, Francisca Maria Barbosa de Souza³, Francisco Assis Cavalcante Júnior⁴, Evanira Rodrigues Maia⁵

Objetivo: Identificar os resultados do teste de Papanicolaou correlacionando-os com o início da atividade sexual e o número de parceiros de mulheres. **Metodologia:** Estudo transversal com mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou. Na análise dos dados, consideraram-se os resultados dos exames normais e alterados, por meio do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. As médias das variáveis foram comparadas entre o grupo normal e cada infecção, por meio do teste t de Student. **Resultados:** Foi identificada prevalência de infecções genitais em 25,5%, com índice por Gardnerella vaginalis de 49% e por Candida spp de 38%. A idade do início da atividade sexual e o número de parceiros sugeriram associação com as infecções genitais. **Conclusão:** Deve-se realizar a educação em saúde e o teste de Papanicolaou para a prevenção primária e secundária de infecções sexualmente transmissíveis.

Descritores: Teste de Papanicolaou; Doenças sexualmente transmissíveis; Fatores de risco.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE PAPANICOLAOU TEST AMONG PRIMARY CARE USERS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Objective: To identify the results of the Papanicolaou test and correlate them with the beginning of sexual activity and the number of partners of women. **Methodology:** Cross-sectional study with women who made the Papanicolaou test. In the analysis of the data, consider the results of the normal and altered exams using the Kruskal-Wallis non-parametric test. The averages of the variables were compared between the normal group and each infection, using Student's t test. **Results:** The prevalence of genital infections was identified in 25.5%, with a index by Gardnerella vaginalis of 49% and by Candida spp of 38%. The age of beginning of sexual activity and the number of partners suggested association with the genital infections. **Conclusion:** Must be performed the health education and the Papanicolaou test for primary and secondary prevention of sexually transmitted infections.

Descriptors: Papanicolaou Test; Sexually Transmitted Diseases; Risk Factors.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU ENTRE LAS USUARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO TRANSVERSAL

Objetivo: Identificar los resultados de la prueba de Papanicolaou correlacionándolos con el inicio de la actividad sexual y el número de parejas de mujeres. **Métodos:** Estudio transversal con mujeres que realizaron la prueba de Papanicolaou. En el análisis de los datos, se consideraron los resultados de los exámenes normales y alterados, por medio del test no paramétrico Kruskal-Wallis. Las medias de las variables fueron comparadas entre el grupo normal y cada infección, por medio del test t de Student. **Resultados:** Se identificó prevalencia de infecciones genitales en el 25,5%, con índice por Gardnerella vaginalis del 49% y por Candida spp del 38%. La edad del inicio de la actividad sexual y el número de parejas sugieren asociación con las infecciones genitales. **Conclusión:** Se debe realizar la educación en salud y la prueba de Papanicolaou para la prevención primaria y secundaria de infecciones de transmisión sexual.

Descritores: Prueba de Papanicolaou; Enfermedades Sexualmente Transmisibles; Factores de Riesgo.

¹Universidade Federal de Campina Grande-UFG,PB.

²Universidade Federal do Cariri-UFCA,CE.

³Centro Universitário São Camilo,Crato,CE.

⁴Hospital Regional de Cajazeiras,PB.

⁵Universidade Regional do Cariri-URCA,CE.

Autor correspondente: Gerlane Cristinne Bertino Vêras. Email: gc.veras@bol.com.br

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública em todo o mundo¹. Presume-se que mais de 1 milhão de infecções ocorram diariamente a cada ano, com uma estimativa de ocorrência de 357 milhões de novas infecções por clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase, e mais de 500 milhões pelo vírus herpes simples². Tornam o organismo mais vulnerável a outros micro-organismos, inclusive ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹, papilomavírus humano (HPV) e, conseqüentemente, o câncer de colo uterino, que é o segundo tipo de câncer mais comum e o terceiro em mortalidade de mulheres nos países em desenvolvimento³.

As investigações sobre a ocorrência de IST devem levar em consideração aspectos comportamentais e sexuais para a verificação dos prováveis fatores que tornam mais precoce e repetitiva a exposição aos micro-organismos causadores.

Destaque-se a relevância do estudo em tela, uma vez que as IST constituem um “velho-novo” problema de saúde pública, que perpassa classes sociais, níveis econômicos e culturais, deixando marcas e conseqüências físicas e psicológicas nas vidas dos que são por elas acometidos e acarreta aumento de custos do sistema de saúde para a realização de tratamentos.

Estudos de prevalência sobre IST no Nordeste brasileiro são raros. Aqueles que buscam desvelar essa situação em municípios de médio porte do interior da região nordestina são oportunos.

As perguntas que nortearam a pesquisa foram: o início da atividade sexual (IAS) precoce e a multiplicidade de parceiros sexuais se comportam como fatores de risco isolados ou associados a uma maior prevalência de infecções genitais em mulheres? Qual faixa etária apresenta maior prevalência destas infecções?

Assim, objetivou-se identificar os resultados do teste de Papanicolaou correlacionando-os com o IAS e o número de parceiros sexuais de mulheres.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo transversal, com abordagem quantitativa. Para a descrição do estudo, foi utilizada a estratégia Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Tal iniciativa tem o objetivo de contribuir para relato adequado dos estudos transversais, facilitando a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral⁴.

Local do estudo

Trabalhou-se com dados secundários obtidos do livro

de registro do teste de Papanicolaou realizados no Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS), localizado em um município de médio porte do interior do Estado da Paraíba e pertencente a uma universidade federal pública, sendo campo de estágio para estudantes da graduação de Enfermagem, Medicina e do curso Técnico em Enfermagem.

Constatou-se 2.880 registros de realização do teste de Papanicolaou no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. A amostra constituiu-se de 2.642 registros que se adequaram aos critérios de seleção.

Incluiu-se no estudo os resultados do exame registrados no livro até o dia 30 de abril de 2015. Os critérios de exclusão foram: não conter todas as informações que atendessem ao objetivo da pesquisa e apresentar como resultado, amostra insatisfatória. Houve ausência de resultado em 220 registros e 18 estavam com amostra insatisfatória. Não houve preenchimento da idade em três registros. A idade do IAS estava sem registro em 128 exames. Do mesmo modo, em 182 deles, o número de parceiros sexuais não foi citado.

Coleta de dados

Foram coletados os dados no período de março a abril de 2015. A coleta foi realizada por dois pesquisadores do estudo, em local reservado, na própria unidade de saúde, em horário de menor fluxo de atendimento, entre às 16 e 17 horas, totalizando 10 dias e aproximadamente 10 horas de coleta.

Análise dos dados

Os dados coletados foram duplamente digitados para a construção de um banco de dados utilizando o programa Microsoft Office Excel®, versão 2007, o qual foi importado para análise estatística, utilizando-se os programas estatísticos Epi Info versão 7.0 e Bioestat 5.

Realizou-se análise descritiva das variáveis idade da paciente, IAS, número de parceiros sexuais (independentes) e resultados dos exames (dependente), determinando-se a prevalência das mesmas e o índice de IST.

As variáveis idade, IAS e número de parceiros sexuais foram descritas por médias e desvios padrão. Posteriormente, esses parâmetros foram agrupados e comparados, considerando os resultados dos exames normais e alterados, por meio do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. As médias das referidas variáveis foram comparadas entre o grupo normal e cada infecção, por meio do teste t de Student. Para essas estimativas considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$ em todos os testes.

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou todos os princípios éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras sob parecer N^o 998.248.

RESULTADOS

Constatou-se uma amostra de 2.642 testes de Papanicolaou com prevalência de infecções genitais de 25,5%, considerando os 675 exames com alterações.

Gardnerella vaginalis e *Candida spp*, isoladas, apresentaram os maiores percentuais (49% e 38%, respectivamente), seguidos de alterações celulares possivelmente não neoplásicas (6%), HPV (3%), *Trichomonas vaginalis* (2%), Herpes genital e *Gardnerella vaginalis* em associação com a *Candida spp* (1%, cada).

A tabela 1 permite comparar as médias de idade, IAS e número de parceiros sexuais, referidos nos registros com diagnósticos normais e alterados. Nas amostras consideradas normais, a média da idade foi de 40,51 anos, enquanto que, nas amostras alteradas, esse valor variou de 27,66 (*Gardnerella vaginalis* e alterações celulares possivelmente não neoplásicas) a 69,50 anos (*Candida spp* e alterações celulares possivelmente não neoplásicas).

Tabela 1 - Comparação entre médias de idade, IAS e número de parceiros sexuais, segundo o resultado do teste de Papanicolaou. Cajazeiras, PB, 2014.

Resultados	Médias (desvios padrão)		
	Idade	IAS	Número de parceiros
Normal	40,51 (14,29)	19,00 (4,68)	1,92 (1,71)
<i>Candida spp</i>	36,17 (12,16)	18,12 (3,60)	2,11 (2,10)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	35,74 (11,27)	18,34 (3,80)	2,37 (2,19)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	37,40 (13,46)	19,33 (4,38)	1,50 (0,75)
HPV	33,65(14,32)	18,47 (4,17)	1,80 (0,89)
Herpes genital	34,60(15,25)	19,75 (6,70)	2,00 (1,41)
Alterações celulares, possivelmente não neoplásicas	34,95(13,23)	17,78 (3,23)	2,84 (2,33)
<i>Gardnerella vaginalis</i> e <i>Candida spp</i>	32,33 (10,01)	22,33 (9,29)	1,00 (0,00)
<i>Gardnerella vaginalis</i> e alterações, celulares possivelmente, não neoplásicas	27,66 (4,04)	15,00 (1,00)	2,33 (2,30)
<i>Candida spp</i> e alterações celulares possivelmente não neoplásicas	69,50 (13,43)	15,00 (0,00)	1,00 (0,00)
<i>Candida spp</i> e <i>Trichomonas vaginalis</i>	61,00 (9,89)	20,50 (2,12)	1,00 (0,00)
Valor de p (Kruskal-Wallis)	0,0000	0,0239	0,0003

Tabela 2- Comparação entre as médias de IAS e os resultados do teste de Papanicolaou. Cajazeiras, PB, 2014.

Resultados	n	IAS		
		Média	Variância	Valor de p
Normal	1.891	19,00	21,99	
<i>Candida spp</i>	233	18,12	13,02	0,0065
<i>Gardnerella vaginalis</i>	317	18,34	14,46	0,0189
<i>Trichomonas vaginalis</i>	9	19,33	19,25	0,8359
HPV	21	18,47	17,46	0,6179
Herpes genital	4	19,75	44,91	0,7532
Alterações celulares possivelmente não neoplásicas	38	17,78	10,49	0,0626
<i>Gardnerella vaginalis</i> e <i>Candida spp</i>	3	22,33	86,33	0,2297
<i>Gardnerella vaginalis</i> e alterações celulares possivelmente não neoplásicas	3	15,00	1,00	0,0088
<i>Candida spp</i> e alterações celulares possivelmente não neoplásicas	2	15,00	0,00	<0,0001
<i>Candida spp</i> e <i>Trichomonas vaginalis</i>	2	20,50	4,500	0,5065

Tabela 3- Comparação entre as médias de IAS e os resultados do teste de Papanicolaou. Cajazeiras, PB, 2014.

Resultados	n	Número de parceiros		
		Média	Variância	Valor de P
Normal	1.860	1,91	2,91	
<i>Candida spp</i>	224	2,11	4,38	0,1089
<i>Gardnerella vaginalis</i>	735	2,36	4,75	<0,0001
<i>Trichomonas vaginalis</i>	9	1,44	0,52	0,0897
HPV	20	1,80	0,80	0,7739
Herpes genital	4	2,0	2,0	0,9162
Alterações celulares possivelmente não neoplásicas	39	2,79	5,37	0,0020

Gardnerella vaginalis e Candida spp	3	1,0	0,00	<0,0001
Gardnerella vaginalis e alterações celulares possivelmente não neoplásicas	3	2,33	5,33	0,6709
Candida spp e alterações celulares possivelmente não neoplásicas	2	1,00	0,00	<0,0001
Candida spp e Trichomonas vaginalis	2	1,00	0,00	<0,0001

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos exames estava dentro dos padrões de normalidade e houve prevalência menor de IST, se comparada ao estudo de Dell'Agnolet al.⁵ realizado em Maringá (PR), com resultados de 48,4% e 32,7%, respectivamente, em uma amostra de 41.197 exames.

Em relação aos agentes causadores das infecções detectadas, nosso estudo foi semelhante ao de Teixeira et al.⁶, realizado em Jaçanã (RN), no qual se observou maior prevalência de Gardnerella vaginalis, seguida de Candida spp e Trichomonas vaginalis, diferentemente do estudo de Kalantari et al.⁷ realizado em uma clínica no Irã, onde a prevalência de Candida spp superou a de Gardnerella vaginalis. Independente da ordem de maior frequência, esses processos inflamatórios podem estar relacionados à promiscuidade e indicar a ausência do uso de medidas preventivas de IST. Essas infecções e suas consequências constituem a quinta causa de procura de adultos aos serviços de saúde⁸ e estão relacionadas a infertilidade, incapacidades e mortes, bem como consequências psicológicas².

Evidenciou-se a presença de alterações possivelmente não neoplásicas, que, segundo Fernandes et al.⁹ devem ser acompanhadas para identificar a frequência com que ocorrem, a fim de investigar possíveis alterações que possam desenvolver o câncer de colo uterino.

A prevalência dos casos de HPV identificados foi considerada baixa quando comparada ao estudo de Alves et al.¹⁰, que revelou 28% em mulheres entre 15 a 19 anos de idade. Tal achado sugere que a prevalência encontra-se na população mais jovem, podendo ter ou não regressão das alterações provocadas por este micro-organismo, sendo necessário um acompanhamento ginecológico apropriado após o IAS, independente da idade.

O Ministério da Saúde estabelece o início da realização do teste de Papanicolaou a partir dos 25 anos, haja vista que

seu objetivo maior é a detecção precoce do câncer de colo uterino, sendo mais comum em mulheres com idade superior a 30 anos de idade¹¹, fazendo com que, possivelmente, os profissionais da saúde não invistam na busca e rastreamento com o teste de Papanicolaou das adolescentes, tendo uma menor adesão destas na realização do exame, o que foi verificado neste estudo.

Observou-se uma significativa relação entre o IAS e o risco para IST, como também foi demonstrado por Melo et al.¹², em estudo realizado no Chile, o qual constatou maior risco de aquisição do HPV a essa variável.

A média de idade do IAS neste estudo foi maior que a encontrada por Cruz e Jardim¹³, que constataram variação de 13 a 15,8 anos; e por Winston et al.¹⁴, que apresentaram uma média de 15 anos. No entanto, todos apontam que o IAS ocorre, muitas vezes, ainda na adolescência e estar relacionado a fatores individuais, religiosos, familiares, socioeconômicos, escolaridade, questões culturais, entre outros. Porém, a vigilância à saúde sexual das adolescentes por vezes não é realizada adequadamente, tornando-as ainda mais vulneráveis às IST.

Ações de educação em saúde, aconselhamento e implementação de medidas profiláticas são importantes na atenção primária à saúde. Os achados apontam a necessidade do planejamento do trabalho voltado para a atenção individual e coletiva na prevenção das IST.

Evidenciou-se que a multiplicidade de parceiros é um comportamento considerado de risco para as IST. É importante considerar que, provavelmente, o número de parceiros durante a vida das investigadas deve aumentar devido ao atual panorama de relacionamentos, onde há uma maior frequência na dissolução, bem como trocas de parceiros, o que acarreta aumento da vulnerabilidade para adquirir o HPV e outras IST¹⁵. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Scott-Sheldon et al.¹⁶, no qual mulheres com tricomoníase apresentaram uma média maior de parceiros sexuais.

O rastreamento de mulheres em todas as faixas etárias para realização do teste de Papanicolaou é uma responsabilidade consciente dos profissionais na unidade de saúde e em especial do enfermeiro. É importante atentar para a prevenção de agravos relacionados aos aspectos ginecológicos, já que tanto as vulvovaginites quanto o HPV são problemas que podem repercutir diretamente no bem-estar de mulheres em diferentes fases da vida.

A enfermagem exerce papel de extrema importância na facilitação da acessibilidade assistencial aos serviços de saúde destas mulheres e para a constituição de parcerias no âmbito assistencial com a perspectiva de alcance da integralidade do cuidado, com vistas a promoção da saúde¹⁷.

Inclusive para o chamamento dos companheiros sexuais e solicitação de testes para a detecção do HIV, hepatite B e sífilis; e a implementação de ações de educação em saúde que contemplem toda a comunidade.

Para tal, se faz necessário que os profissionais estejam capacitados para executar o processo de enfermagem em todas as suas fases, para que se obtenha resultados satisfatórios e conseqüentemente promova a visibilidade do seu processo de trabalho, colaborando para a consolidação da enfermagem como ciência.

Limitações do estudo

Considerando que a quantidade de parceiros sexuais de uma mulher ainda interfere em sua imagem na sociedade, determinando estereótipos, uma limitação do estudo pode ter sido a omissão de informações sobre o número de parceiros. Ademais, a realização do estudo em apenas uma unidade de saúde constitui limitação e sugere cautela na generalização dos resultados obtidos, além de registros incompletos que impediram a inclusão de dados no estudo.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo em tela contribui para a Enfermagem especialmente no campo da organização do processo de trabalho. Os campos do ensino e pesquisa ganham substrato para a adoção de metodologias de ensino ativas e voltadas às problemáticas locais, pois trata-se de um serviço-escola que tem potencial para realizar a formação de competências educacionais para os estudantes, bem como a educação permanente para atender as necessidades do pessoal de serviço por meio de ensino e pesquisa na área de educação em saúde.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se maior porcentual de Gardnerella vaginalis e Candida spp, seguido de alterações possivelmente não neoplásicas e HPV. A presença destas infecções apresentou relação com a idade de IAS e quantidade de parceiros.

Ressalta-se que mesmo a candidíase e a vaginose bacteriana não serem consideradas IST clássicas, promovem alterações no colo uterino deixando-o mais vulnerável a infecções secundárias.

Os achados remetem à necessidade de instituir práticas organizacionais e profissionalismo diante da prevenção e do controle de doenças relacionadas à saúde da mulher.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio dos funcionários do Posto de Assistência Primária à Saúde/Unidade de Saúde da Família São José e Populares.

Contribuição dos autores:

Gerlane Cristinne Bertino Vêras: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Cícera Renata Diniz da Silva e Evanira Rodrigues Maia: interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Estelita Lima Cândido - análise e interpretação dos dados e revisão final; Marilena Maria de Souza - interpretação dos dados e revisão final. Francisca Maria Barbosa de Souza e Francisco Assis Cavalcante Júnior - concepção, interpretação dos dados, redação do artigo.

REFERÊNCIAS

- Farias IA, Silva DG. Estudo da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres em idade fértil atendidas em Estratégia Saúde da Família de Acari/RN. *Biota Amazônia* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 23]; 5(1):1-6. Available from: <https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/view/713>.
- World Health Organization (WHO). Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. 2012 [cited 2016 Mar 24]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>.
- Lodi CT, Lima MI, Araujo AC, Teixeira NC, Lucena AA, Guimarães MV, et al. Conduta nas neoplasias intraepiteliais cervicais em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *Femina*. 2011 [cited 2016 Mar 23]; 39(3):157-62. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2503.pdf>.
- Elm VE, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007 [cited 2016 Mar 24]; 335(7624):806-8. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/335/7624/806.full.pdf>.
- Dell'Agnolo CM, Brischiliari SC, Saldan G, Gravena AA, Lopes TC, Demitto MO, et al. Avaliação dos exames citológicos de Papanicolau em usuárias do sistema único de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*; 2014 [cited 2016 Mar 23]; 38(4):854-64. Available from: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/506/1194>.
- Teixeira GA, Fônsaca CJB, Lopes TR, Carvalho JB, Andrade FB. Prevalência das vulvovaginites identificadas no exame citológico. *Rev Enferm UFPE*. 2015 [cited 2015 Mar 22]; 9(Supl. 6):8673-8. Available from: <file:///D:/Downloads/10644-22430-1-PB.pdf>.
- Kalantari N, Ghaffari S, Bayani M. Trichomonas, Candida, and gardnerella in cervical smears of Iranian women for cancer screening. *N Am J Med Sci*. 2014 [cited 2015 Mar 22]; 6(1):25-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938869/>.
- World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>.
- Fernandes F, Furtado Y, Russomano F, Silva KS, Silveira R, Faria P, et al. Diagnóstico Citopatológico de ASC-US e ASC-H no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do INCA. *Rev Bras de Canc*. 2012 [cited 2015 Mar 23]; 58(3):-9. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/15_artigo_diagnostico_citopatologico_asc_us_asc_h_servico_integrado_tecnologico_citologia_inca.pdf.
- Alves RR, Turchi MD, Santos LE, Guimarães EM, Garcia MM, Seixas MS, et al. Prevalence, genotype profile and risk factors for multiple human papillomavirus cervical infection in unimmunized female adolescents in Goiânia, Brazil: a community-based study. *BMC Public Health* 2013 [cited 2015 Mar 23]; 13:1041. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3819257/>.
- Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf.
- Melo A, Vásquez AM, Andana A, Matamala M, Pino T, Guzmán P, et al. Genotyping of human papillomavirus in women under 25 years old treated in the screening program for cervical cancer. *Rev Chilena Infectol*. 2014 [cited 2015 Mar 16]; 31(5):542-8. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Cruz DE, Jardim DP. Adolescência e Papanicolau: conhecimento e prática. *Adolesc Saude*. 2013 [cited 2015 Mar 19]; 10 Suppl 1:34-42. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=393.
- Winston SE, Chirchir AK, Muthoni LN, Ayuku D, Koech J, Nyandiko W, et al. Prevalence of sexually transmitted infections including HIV in street – connected adolescents in Western Kenya. *Sex Transm Infect*. 2015 [cited 2015 Mar 19]; 91(5):353-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518741/pdf/sextrans-2014-051797.pdf>.
- Bogale A, Seme A. Premarital sexual practices and its predictors among in school youths of shendi town, West Gojjam zone, North Western Ethiopia. *Reprod Health*. 2014 [cited 2015 Mar 23]; 11(49):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081458/pdf/1742-4755-11-49.pdf>.
- Scott-Sheldon LA, Senn TE, Carey KB, Urban MA, Carey MP. Quantity, not frequency, of alcohol use moderates the association between multiple sexual partners and Trichomonas vaginalis among women attending an urban STD clinic. *Sex Transm Infect*. 2013 [cited 2015 Mar 24]; 89(6):498-503. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23580608>.
- Silva IR, Gomes AM, Valadares GV, Santos NL, Silva TP, Leite JL. Percepções de enfermeiros acerca das vulnerabilidades para DST/Aids diante das conexões do processo de adolescer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 [cited 2015 Mar 19]; 36(3):72-78. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/47293>.

O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE DA PESSOA ESTOMIZADA COM CÂNCER COLORRETAL

Dilton Luis Soares de Farias¹, Roberta Nayara Barroso Nery¹, Mary Elizabeth de Santana²

Objetivo: conhecer a experiência de enfermeiros no processo de educação em saúde como estratégia de ensino do autocuidado a pessoa com câncer com estomia intestinal. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com quatro enfermeiras da Unidade Especializada do Serviço de Atenção à Pessoa com Estomia de Belém, estado do Pará. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta dos dados, e a técnica análise de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Emergiu três categorias: o enfermeiro como educador em saúde; incentivo ao Autocuidado: desenvolvendo a autonomia; e a atualização (update) profissional: qualidade na assistência. **Conclusão:** Evidenciou-se que o enfermeiro reconhece o seu papel de educador em saúde no seu processo de cuidar, possibilitando as trocas de experiências e fortalecendo a confiança da pessoa com estomia intestinal no seu autocuidado, revelando que a atualização profissional é imprescindível para qualidade na assistência prestada.

Descritores: Estomia; Educação em Saúde; Autocuidado; Enfermagem.

THE NURSE AS HEALTH EDUCATOR OF THE PERSON STOMIZED WITH COLORRECTAL CANCER

Objective: to know the experience of nurses in the health education process as a self-care teaching strategy for people with cancer with intestinal stomies. **Methodology:** Descriptive study with a qualitative approach, carried out with four nurses from the Specialized Unit of the Attention Service to the Person with Stoma of Belém, state of Pará. The semi-structured interview for data collection and the Minayo content analysis technique were used. **Results:** Three categories emerged: the nurse as a health educator; self-care incentive: developing autonomy; and the professional update: quality of care. **Conclusion:** It was evidenced that nurses recognize their role as a health educator in their care process, enabling the exchange of experiences and strengthening the person's trust with the intestinal stom- its in their self-care, revealing that professional updating is essential for quality in the assistance provided.

Descriptors: Ostomy; Health Education; Self-Care; Nursing.

EL ENFERMERO COMO EDUCADOR EN SALUD DE LA PERSONA ESTOMIZADA CON CANCER COLORRETAL

Objetivo: conocer la experiencia de enfermeros en el proceso de educación en salud como estrategia de enseñanza del autocuidado a la persona con cáncer con estomia intestinal. **Metodología:** Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado con cuatro enfermeras de la Unidad Especializada del Servicio de Atención a la Persona con Estomía de Belém, estado de Pará. Se utilizó la entrevista semiestruturada para recolección de los datos, y la técnica análisis de contenido de Minayo. **Resultados:** emergió tres categorías: el enfermero como educador en salud; incentivo al Autocuidado: desarrollando la autonomía; y la actualización (actualización) profesional: calidad en la asistencia. **Conclusión:** Se evidenció que el enfermero reconoce su papel de educador en salud en su proceso de cuidar, posibilitando los intercambios de experiencias y fortaleciendo la confianza de la persona con estomia intestinal en su autocuidado, revelando que la actualización profesional es imprescindible para calidad en la salud asistencia prestada.

Descritores: Estomía; Educación en Salud; Autocuidado; Enfermería.

¹Universidade Federal do Pará.

²Universidade Federal do Pará, UFPA/ Universidade do Estado do Pará, UEPA, PA.

Autor correspondente: Dilton Luis Soares de Farias. E-mail: dilton.farias15@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia que pode ser detectada em diferentes níveis, evolução e localização. Na modalidade de câncer colorretal um segmento do intestino grosso (cólon) e o reto possuem tumores, provenientes da não detecção precoce dos pólipos, fase inicial do processo. Estimativas apontam para biênio 2016/2017 de 16.660 novos casos de pessoas com câncer colorretal, estando em 4ª posição na Região Norte atingindo 7,8% dos homens e 3ª posição atingindo 8,6% da população de mulheres¹.

O tratamento do câncer colorretal está baseado em processos quimioterápico e radioterápico, porém se destaca à cirurgia como sendo o principal tratamento. Acredita-se em uma possibilidade efetiva do tratamento a ressecção da porção do intestino afetado, na qual se torna indicado a confecção de uma estomia, que na maioria dos casos assume caráter definitivo e uma outra precaução é que não ocorra a metástase para outros órgãos².

A confecção da estomia é indicada quando ocorre alguma alteração fisiopatológica no funcionamento do intestino, por este motivo é necessária a intervenção cirúrgica de desviar e exteriorizar uma porção do intestino pela parede abdominal, formando uma espécie de “boca”, por onde serão eliminados os efluentes intestinais. É neste momento da vida das pessoas que a estomia acontece como uma reabilitação e é essencial que a pessoa com estomia se proponha a cumprir diferentes ações que possibilite a manutenção da qualidade de vida por meio do autocuidado e a troca eficiente dos equipamentos^{3,4,5}.

Na prática do serviço, é imprescindível que o enfermeiro acolha e oriente a pessoa e sua família em conexão com a educação em saúde de forma eficiente e eficaz para a manutenção da qualidade de vida e desta forma privilegiando o desenvolvimento de competências para o autocuidado. Quando se promove o acesso a informação, observa-se a adaptação das dificuldades na aceitação da autoimagem e o ganho da autonomia na realização do autocuidado^{3,5,6}.

A partir disso, surge a seguinte questão norteadora: Qual a experiência de um grupo de enfermeiros no processo de orientação para o autocuidado de pessoas com câncer colorretal e estomia intestinal? Desse modo o estudo teve por objetivo conhecer a experiência de um grupo de enfermeiros no processo de educação em saúde como estratégia de ensino do autocuidado a pessoa com estomia intestinal e com câncer colorretal.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Os participantes foram enfermeiros que atuam na orientação referente aos cuidados a pessoas com estomia intestinal e os familiares cuidadores de pacientes com estomias atendidos na unidade de referência especialidade em saúde. Os critérios de seleção foram ser enfermeiro, com experiência de no mínimo 12 meses no serviço especializado; não ser acadêmico de enfermagem em estágio supervisionado.

Local do estudo

O estudo foi realizado Unidade Especializada em Serviço de Estomaterapia em Belém, Pará, Brasil.

Coleta dos dados

O período de coleta de dados foi de janeiro a maio de 2016. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado de perguntas abertas e fechadas. Inicialmente esse roteiro identifica os entrevistados quanto a formação profissional, idade, tempo de serviço, na segunda parte consta de perguntas abertas e fechadas tendo como característica o levantamento de indagações baseadas em teorias e hipóteses direcionadas ao tema da pesquisa, educação em saúde.

Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas pelos pesquisadores, concomitante ocorreu a análise de dados fundamentada na análise de conteúdo⁷.

Procedimentos éticos

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o número do parecer 1.837.768.

RESULTADOS

Participaram do estudo quatro enfermeiras, com idade mínima de 35 anos e máximo de 51 anos de idade. O tempo de formação das participantes do estudo foi em torno de 12 a 28 anos, sendo que três enfermeiras são especialistas e uma mestre na área da Enfermagem. Em relação ao tempo de atuação no serviço especializado, a média é de um a sete anos. Para preservação da identidade dos entrevistados, foi utilizado código alfanumérico (E¹, E², ...) fazendo referência a palavra “Enfermeira”. A partir da leitura e análise das transcrições das entrevistas, emergiram três categorias: O enfermeiro como educador em saúde; Incentivo ao Autocuidado: desenvolvendo a autonomia; e a Atualização (update) profissional: qualidade na assistência.

1ª Categoria: O Enfermeiro como Educador em Saúde

A educação em saúde é uma das atribuições imprescindíveis do enfermeiro no processo de cuidar da saúde dos indivíduos, afim de promover a autonomia do seu autocuidado como foi observado nos relatos de experiências das enfermeiras sobre a educação em saúde das pessoas com câncer colorretal com estomia intestinal, ao reconhecer o seu papel quanto educador em saúde minimizando as dúvidas e o medo frente ao tratamento instituído. Durante as entrevistas percebemos que as enfermeiras adotam a educação em saúde na prática profissional, junto a pessoa com estomia intestinal ou ao familiar para o entendimento dos cuidados.

O envolvimento das enfermeiras com a temática de educação em saúde, é uma estratégia de ensino de autocuidado. Compreendendo esse vínculo durante o atendimento, a percepção do profissional sobre a importância da realização da educação em saúde e a troca de saberes como explicitam os depoimentos abaixo: a enfermagem tem que promover isso em qualquer lugar sempre, seja dentro do consultório, na consulta de enfermagem, seja atendendo um paciente em ambiente hospitalar (E¹); quando você já orienta, ensina o corte, a medida do diâmetro da estomia, foi quando eu percebi que, realmente, o trabalho era mais de educação em saúde (E4).

2ª Categoria: Incentivo ao Autocuidado: desenvolvendo a autonomia

As pessoas com estomia intestinal necessitam de fortalecimento no seu autocuidado para sua recuperação e reabilitação. Assim, o enfermeiro possui o papel fundamental no ensino do paciente com estomia intestinal e sua família para o desenvolvimento da autonomia.

Nas entrevistas realizadas foi possível identificar que a educação em saúde incentivou pessoas com estomia intestinal acometidas por câncer colorretal ao autocuidado em domicílio: o nosso foco é o autocuidado para que aquele paciente tenha uma autonomia (E¹); alguns adultos tem medo, outros tem nojo de tocar, de ver o seu corpo e nós temos os adultos idosos que têm as suas dificuldades, as suas limitações (E²); muitos que não aceitam a atual condição e eles acham que a vida acabou, e a gente sabe que não, que a vida continua, mas eles precisam de incentivo (E³); se você fizer de uma forma adequada, com cuidado e sempre buscando falar a linguagem do usuário, você consegue fazer com que ele se empodere (E4).

3ª Categoria: Atualização (update) profissional: qualidade na assistência

Nessa unidade temática é ressaltado o interesse do profissional em buscar se atualizar ou aperfeiçoar sobre

os assuntos referentes a pessoa com câncer colorretal com estomia, implicando na qualidade da sua prática de atendimento: inclusive recentemente eu fiz uma atualização só sobre estomas com a enfermeira daqui da unidade (E¹); sempre que posso, estou buscando artigos, livros na internet (E²); busco congressos, livros que saem né? A minha prática na realidade aqui, ela já é muito enriquecedora (E³); recentemente ... eu terminei o mestrado voltado para paciente com estomia (E4).

Observamos que não houve identificação de nenhum profissional especialista na área de estomaterapia, porém, participam de cursos de atualização e aperfeiçoamento relacionado a sua prática de trabalho.

DISCUSSÃO

Nos relatos da E¹ e E4 da 1ª categoria, percebe-se que há preocupação do profissional em realizar a educação em saúde. Porém, o olhar da maioria dos profissionais ainda está com foco nos aspectos técnicos. E quando realizam orientação não se atentam a individualidade e ao retorno da pessoa com estomia ao seu cotidiano. É por isso, que a educação em saúde na estomaterapia não deve ser limitada apenas a técnica de limpeza e troca do equipamento coletor. Existem outros temas que fazem parte da educação em saúde, como: sexualidade, nutrição, relacionamento interpessoal, vestuário, aspecto biopsicossocial entre outros⁸.

Ainda, relatando a experiência de educação em saúde, a fala de E² faz uma descrição deste processo como sendo uma troca de conhecimento entre o profissional e a pessoa. Isso faz parte da integralidade como princípio, pois durante a consulta, torna-se pertinente considerar o fato da pessoa com estomia já possuir uma vivência observacional sobre o equipamento e manutenção durante o atendimento que foi submetido em algum momento, e esse ouvir por parte do profissional, as necessidades da pessoa com estomia, contribui para o processo de reabilitação⁹.

E isto começa no primeiro atendimento seja da pessoa com estomia ou do familiar cuidador, presentes na fala de E³ em que nos detalha o momento em que inicia o processo de criação de vínculo.

Desta forma, o papel do enfermeiro é integrar ao processo assistencial a pessoa com doença crônica, como o câncer colorretal, e com estomia dando-lhe o espaço em ser o centro desse processo, desempenhando um papel ativo e participativo da sua reabilitação¹⁰.

As falas de E¹ e E4 estão evidenciadas na abordagem afirmam quão é essencial a participação do enfermeiro no processo de reabilitação, por se fazerem presentes no diagnóstico, tratamento quimioterápico, radioterapia e cirúrgico, internação hospitalar, alta hospitalar e

principalmente atuando nas unidades especializadas na reabilitação da pessoa com estomia. O cuidado da estomia e pele periestomia é uma prática do enfermeiro, como comentada pela E². Sendo assim, ressaltamos o papel do enfermeiro como sendo o profissional que participa de todo o processo de reabilitação, o qual deve ocorrer com dinamismo para que seja enfrentado as problemáticas da aceitação, adaptação e principalmente na realização do autocuidado no domicílio¹¹.

A área do cuidado de enfermagem, citada por E³, é a estomaterapia, que é uma especialidade exclusivamente do enfermeiro que cuida de pessoas com estomias, fistulas, feridas e incontinências urinárias e intestinais(6,12). Porém, durante a entrevista, no momento da identificação das participantes observamos que nenhuma possuía especialização em estomaterapia, porém afirmaram terem feitos cursos de capacitação para prestarem assistência no serviço especializado.

Também, é muito comum a pessoa com câncer colorretal, ser submetida a confecção de uma estomia objetivando resseção de uma porção do intestino, para que se coiba que o câncer atinja mais porções dos órgãos, até mesmo de outros, como um tratamento cirúrgico associado a outros tratamentos como quimioterapia antineoplásica e a radioterapia¹³.

Enquanto o problema apontado pela E³ é o não esclarecimento sobre o assunto durante a internação, então por isso quando paciente chega são muitas informações a serem ensinadas. O esclarecimento sobre a estomia e os cuidados, pode estar relacionado ao fato da pessoa com estomia e/ou familiar cuidador não terem tido uma boa interação com o médico, restando dúvidas. Por este motivo, o enfermeiro precisa antes de tudo interagir com a família, se sentir como a pessoa com estomia, e é importante também ter um conhecimento prévio sobre o câncer, o motivo que levou a confecção e os tratamentos que estão realizando, pois existem usuários que chegam ao serviço repleto de dúvidas. Caso contrário, se torna mais difícil trabalhar com a pessoa com câncer colorretal com estomia intestinal por não ter um viés de como realizar a abordagem da educação em saúde, o que se evidenciou na fala E¹⁴.

E⁴ quando ouviu o usuário no atendimento e, a partir dessa escuta, desenvolveu a educação em saúde, deu espaço para a expressão do paciente, desta forma exerceu o apoio emocional. Ouvir para conhecer o paciente não deve ser limitado apenas a doença, mas também a realidade das pessoas, pois é inerente ao profissional de enfermagem, afim de que se tenha um cuidado que englobe desde os aspectos fisiopatológicos até um apoio emocional isto faz com que a pessoa com estomia e/ou seu cuidador tenha mais

autonomia¹⁰.

Limitações do estudo

Acreditamos que a limitação do estudo tenha sido a sua execução só na Unidade Especializada, e o que pode não evidenciar a realidade de outras instituições de saúde.

Contribuição para a prática

A contribuição do estudo encontra-se no fortalecimento da educação em saúde por parte do enfermeiro, assim como na construção da autonomia da pessoa com estomia para realização do seu autocuidado em domicílio, desta maneira desvinculando cada vez mais da ideia de dependência da pessoa que assume o papel de cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise das falas, fomentadas pela discussão de autores que trabalham similarmente a temática de educação em saúde, considera-se que a promoção do autocuidado ocorre com a prática da educação em saúde e desta maneira é necessário fortalecer o conhecimento dos profissionais para que eles continuem a educar de uma maneira dialogada e interferindo positivamente na qualidade de vida da pessoa com câncer colorretal com estomia. É importante que se possa ter a implantação de terapia grupal, como uma estratégia efetiva de educação em saúde da pessoa com estoma, bem como a oferta de uma educação continuada aos profissionais de enfermagem.

Espera-se que esta pesquisa contribua na formação profissional dos enfermeiros atuantes no serviço, no sentido de buscar atualizações referentes aos assuntos do seu trabalho, pressupondo que a partir disto haja uma melhora significativa na qualidade do atendimento da pessoa acometida de câncer colorretal com estomia, fazendo-se entender sua importância no pré, trans e pós-operatório da confecção da estomia e no acompanhamento dos tratamentos complementares deste pacientes e que seja um estudo de base para pesquisas posteriores relacionado a educação em saúde da pessoa com estomia.

Contribuição dos autores

Concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Dilton Luis Soares de Farias, Roberta Nayara Barroso Nery, Mary Elizabeth de Santana.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
- 2 Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Jan 15]; 70(2):271-278. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000200271&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0161>.
- 3 Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. REPERCUSSIONS IN THE LIVING PROCESS OF PEOPLE WITH STOMAS. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15]; 25(1):e1260014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100317&lng=en. Epub Apr 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160001260014>.
- 4 Aguiar JC, Pereira APS, Galisteu KJ, Lourenção LG, Pinto MH. Aspectos socio-demográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. *REME - Rev Min Enferm.* 2017 [cited 2018 Jan 15]; 21:e-1013. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20170023.
- 5 Fernandes NC, Cunha RR, Brandão AF, Cunha LL, Barbosa PD, Silva CO et al. Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. *Rev min enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18]; 19(2):238-241. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1018>
- 6 Souza NVDO, Santos NS, Penna LHG, Sampaio CEP, Mello CV, Leite GFP et al. Avaliar para melhorar: perspectiva de discentes na avaliação do curso de extensão sobre estomias. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 18]; 20(2):235-41. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4071>
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2014.
- 8 Sousa ARA, Menezes LCG, Miranda SM, Cavalcante TB. Educational strategies for people with ostomy bowel: integrative review. *REVISTA ENFERMAGEM ATUAL* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]; 81(2):73-80. Available from: <http://revista-enfermagematual.com.br/19-11.php>
- 9 Kimura CA, Kamada I, Guilhem DB. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. *J. Coloproctol.* (Rio J.) [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Jan 15]; 36(1): 34-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223793632016000100034&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2015.12.003>.
- 10 Cunha RR, Backes VMS, Heidemann ITS. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 18]; 25(2):296-301. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200022
- 11 Teixeira FN, Souza NVDO, Silva PAS, Maurício VC, Costa CCP, Andrade KBS. Working life and stomized people: perceptions and feelings. *Cienc Cuid Saude* 2016 Jan/Mar [cited 2018 Jan 15]; 15(1):69-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucsaude.v15i1.27282>
- 12 Santos VLOG. Ensino especializado de estomaterapia no Brasil: 1990-1995. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 1998 [cited 2017 Oct 18]; 6(3):43-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13890.pdf>
- 13 Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. *Rev RENE* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18]; 15(1):166-73. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3110/2384>
- 14 Ferreira UA, Fort FT. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Jan 15]; 22(2): 241-247. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000200241&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3247.2408>.

| ARTIGO 8

PREDISPOSIÇÃO PARA SÍNDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Franciana Gabaglia da Silva¹, Abigail de Paulo Andrade¹, Keila Maria de Azevedo Ponte¹, Verena Emmanuelle Soares Ferreira², Beatriz da Silva Sousa¹, Kauanny Gomes Gonçalves¹

Objetivo: conhecer a predisposição para a Síndrome de Burnout na equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Metodologia:** pesquisa exploratória, descritiva realizada com 08 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem do SAMU de Sobral-Ceará. Utilizou-se o Questionário para Identificação Preliminar do Burnout de Chafic Jbeli, o Maslach Burnout Inventory (MBI) e um questionário sócio demográfico e profissional. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** a maioria dos profissionais apresenta nível baixo para exaustão emocional; nível moderado para despersonalização; e nível alto de reduzida realização profissional, evidenciando predisposição à Síndrome de Burnout. **Conclusão:** a equipe de enfermagem do SAMU tem predisposição a Síndrome de Burnout, sendo primordial o enfrentamento dos fatores estressores da Enfermagem e adoção de medidas preventivas para reduzir o estresse laboral.

Descritores: Enfermagem; Estresse ocupacional; Assistência Pré-Hospitalar.

PREDISPOSITION FOR BURNOUT SYNDROME IN THE NURSING TEAM OF THE URGENT MOBILE CARE SERVICES

Objective: to know the predisposition for Burnout Syndrome in the nursing team of the Mobile Emergency Care Service (SAMU). **Methodology:** exploratory, descriptive study performed with 08 nurses and 11 nursing technicians from SAMU of Sobral-Ceará. The Chafic Jbeli Burnout Preliminary Identification Questionnaire, the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a socio-demographic and professional questionnaire were used. Project approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings. **Results:** most professionals present low level of emotional exhaustion; moderate level for depersonalization; and high level of reduced professional achievement, evidencing a predisposition to Burnout Syndrome. **Conclusion:** the SAMU nursing team is predisposed to Burnout Syndrome, and it is essential to address the stressors of Nursing and to adopt preventive measures to reduce work stress.

Descriptors: Nursing; Occupational stress; Prehospital Care.

PREDISPOSICIÓN PARA SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA

Objetivo: conocer la predisposición para el Síndrome de Burnout en el equipo de Enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU). **Metodología:** investigación exploratoria, descriptiva realizada con 08 enfermeros y 11 técnicos de enfermería del SAMU de Sobral-Ceará. Se utilizó el Cuestionario para Identificación Preliminar del Burnout de Chafic Jbeli, el Maslach Burnout Inventario (MBI) y un cuestionario socio demográfico y profesional. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos. **Resultados:** la mayoría de los profesionales presentan un nivel bajo para el agotamiento emocional; nivel moderado para despersonalización; y nivel alto de reducida realización profesional, evidenciando predisposición al Síndrome de Burnout. **Conclusión:** el equipo de enfermería del SAMU tiene predisposición al Síndrome de Burnout, siendo primordial el enfrentamiento de los factores estresores de la Enfermería y adopción de medidas preventivas para reducir el estrés laboral.

Descriptorios: Enfermería; Estrés ocupacional; Asistencia Pre-Hospitalaria.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.Acaraú,CE.

²Secretaria Municipal de Saúde de Sobral,CE.

Autor correspondente: Franciana Gabaglia da Silva. E-mail: franciana_gabaglia@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A síndrome de Burnout é uma psicopatologia ocupacional resultante de três dimensões: a exaustão emocional que gera exteriorização das sensações de estar além dos limites; a despersonalização que gera atitudes negativas e de cinismo; e a reduzida realização pessoal que gera avaliações negativas do indivíduo quanto ao trabalho e perspectivas futuras em seu labor¹.

O Burnout pode acometer qualquer profissional independente da área de ocupação, porém, os profissionais expostos ao sofrimento alheio como a Enfermagem, tendem a ter maior risco para desenvolver o Burnout².

Neste sentido, os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) estão submetidos continuamente a riscos, tanto a nível físico como psíquico por tratar de um ambiente permeado de pressão e imprevisibilidade, além de lidarem com o risco iminente de morte. Assim, dentre os principais riscos ocupacionais que estes profissionais estão submetidos citam-se perda auditiva induzida por ruídos devido à sirene da ambulância; acidentes de trânsito; lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho com o levantamento contínuo de macas; exposição a agentes biológicos como sangue, fluidos e estresse nas ocorrências^{3,4}.

No Brasil, a Previdência Social afirma que, em 2012 a 2016, foram afastados 668.927 indivíduos por transtornos mentais e comportamentais, sendo a terceira causa de incapacidade para o trabalho, sendo 34.511 diagnosticados com Síndrome de Burnout⁵.

A enfermagem é avaliada como a quarta ocupação mais desgastante no setor público segundo a Health Education Authority. E dentre as áreas da enfermagem, o âmbito do pré-hospitalar expõe os profissionais a condições de riscos, tornando-os mais vulneráveis. No SAMU Fortaleza, a enfermagem classifica a ocupação como moderadamente estressante e muito estressante; e no SAMU de Maceió e Arapiraca-AL evidenciou-se que 76,3% dos enfermeiros apresentavam Síndrome de Burnout⁶.

Considerando o papel da enfermagem no SAMU, tendo como eixo norteador a qualidade de vida destes trabalhadores, esta pesquisa teve como questão norteadora: Qual a predisposição da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do SAMU?

Na perspectiva de superar as barreiras físicas e estruturais do sistema, respeitando a realidade específica do serviço, objetivou-se conhecer a predisposição da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do SAMU.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população foi de 20 indivíduos, sendo sete enfermeiros e onze técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram ser profissionais de enfermagem, com vínculo empregatício e atuante no serviço supracitado durante a vigência da pesquisa. E como critério de exclusão considerou-se a recusa de participar da pesquisa, as férias, as licenças médicas e/ou a licença maternidade. Deste modo, dos vinte profissionais do serviço, participaram dezoito.

Local do estudo

Estudo realizado no Serviço de Atendimento Médico de Urgência na cidade de Sobral no Ceará.

Coleta dos dados

O questionário foi individual e aleatório, no horário disponível dos profissionais entre as ocorrências do plantão e não prejudicou a rotina do serviço. O local das entrevistas variou de acordo com a disponibilidade dos espaços oferecidos na unidade. A coleta de dados foi em Setembro de 2016, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁷ foi utilizado o questionário sociodemográfico e profissional com questões fechadas elaborado pelas autoras; o Questionário para Identificação Preliminar da Burnout, elaborado e adaptado por Chafic Jbeli⁸; e as variantes do Maslach Burnout Inventory (MBI)⁸.

O Questionário para Identificação Preliminar da Burnout foi composto com vinte alternativas assim distribuídas: nove referentes à Exaustão Emocional (Questões 1, 2, 3, 6, 10, 11, 14, 19, 20); quatro referentes à Despersonalização (Questões 5, 12, 15, 18); sete referentes à Reduzida Realização Profissional (Questões 4, 7, 8, 9, 13, 16, 17); em que os voluntários devem responder de acordo com o conteúdo sugerido pelo item. Quanto ao número de questões o Questionário para Identificação Preliminar da Burnout assinaladas nas categorias: de 0 a 20 pontos - nenhum indicio de Burnout; de 21 a 40 pontos - possibilidade de desenvolver Burnout; de 41 a 60 - fase inicial da Burnout; de 61 a 80 pontos - a Burnout começa a se instalar; de 81 a 100 - fase considerada da Burnout.

Procedimentos de análise dos dados

O instrumento respondido foi codificado e digitado no Excel 2010. Para análise dos dados relativos ao instrumento de MBI, realizou-se a somatória de cada dimensão (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização

profissional).

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com o Parecer Consubstanciado nº 1.692.062/2016 e ressalta-se que foram seguidos os cuidados éticos que preceituam a Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde(7).

RESULTADOS

A amostra utilizada no presente estudo foi composta por 18 profissionais de enfermagem atuantes no SAMU-Sobral. A Tabela 1 demonstra o perfil sociodemográfico dos participantes.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo a idade, sexo, estado civil, profissão, renda familiar no SAMU. Sobral-Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Idade		
20 – 29	08	44,4
30 – 39	04	22,2
40 – 49	03	16,7
50 ou mais	03	16,7
Sexo		
Masculino	11	61,1
Feminino	07	38,9
Estado Civil		
Solteiro(a)	12	66,7
Casado(a)	06	33,3
Total	18	100

Na Tabela 1, observou-se que oito profissionais estavam na faixa etária entre 20 a 29 anos de idade; onze profissionais do sexo masculino; e doze eram solteiros.

Após o perfil sociodemográfico foi avaliado o perfil ocupacional dos profissionais apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil profissional dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo profissão, renda familiar, tempo de serviço prestado, carga horária semanal na instituição e carga horária semanal no SAMU e em outras instituições. Sobral-Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Profissão		
Técnico de Enfermagem	11	61,1
Enfermeiro	07	38,9
Renda Familiar		
03 – 04 salários-mínimos	08	44,4
01 – 02 salários-mínimos	06	33,3
05 ou mais salários-mínimos	04	22,3
Tempo de Serviço Prestado no SAMU		
10 – 11 anos	07	38,9
01 – 02 anos	05	27,8
03 – 04 anos	05	27,8
05 – 06 anos	01	5,6
Carga horária semanal no SAMU e em outras instituições		
81 – 100 horas/semanais	09	50,0
40 – 60 horas/semanais	04	22,3
61 – 80 horas/semanais	04	22,3
Mais que 100 horas/semanais	01	5,6
Total	18	100

Quanto às categorias profissionais, a prevalência foi de onze técnicos de enfermagem, com renda familiar de 3 a 4 salários mínimos e sete profissionais com tempo de serviço prestado no SAMU entre 10 a 11 anos. A carga horária dos técnicos de enfermagem era de 44 horas e do enfermeiro 24 horas semanais, no entanto, devido à jornada dupla, 09 dos profissionais fazem a carga horária semanal entre SAMU e outras instituições de 81 a 100 horas semanais

Tabela 3 - Dimensões do Maslach Burnout Inventory, segundo a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida realização pessoal entre os profissionais de enfermagem do SAMU. Sobral-Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	ENFERMEIROS		TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	
	n	%	n	%
Exaustão Emocional				
Baixo	04	57,1	04	36,4
Moderado	02	28,6	05	45,4
Alto	01	14,3	02	18,2
Total	07	100	11	100
Despersonalização				
Baixo	03	42,8	-	-
Moderado	04	57,2	10	90,9
Alto	-	-	01	9,1
Total	07	100	11	100
Reduzida Realização Pessoal				
Baixo	-	-	-	-
Moderado	-	-	-	-
Alto	07	100	11	100
Total	07	100	11	100

Na Tabela 3 verificou-se que entre os enfermeiros, quatro profissionais tinham nível baixo de exaustão emocional, quatro com nível moderado de despersonalização e sete no nível alto de reduzida realização profissional; enquanto os técnicos de enfermagem, cinco tinham nível moderado de exaustão emocional, dez profissionais no nível moderado de despersonalização e onze no nível alto de reduzida realização profissional.

Tabela 4 - Perfil dos Resultados associados ao Questionário Preliminar de Identificação do Burnout entre os profissionais de enfermagem do SAMU. Sobral-Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	ENFERMEIROS		TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	
	n	%	n	%
Nenhum indicio	-	-	-	-
Possibilidade de desenvolver	03	42,8	01	9,1
Fase inicial	02	28,6	09	81,8
Fase de instalação	02	28,6	-	-
Fase considerável	-	-	01	-
Total	07	100	11	100

O Questionário Preliminar de Identificação do Burnout identificou uma classificação segundo a pontuação obtida

por escores. Na Tabela 4 destaca-se que três enfermeiros apresentam sintomas correspondentes à possibilidade de desenvolver Burnout; e nove técnicos de enfermagem apresentam sintomas correspondentes à fase inicial do Burnout.

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que os profissionais de enfermagem do SAMU são predominantemente jovens do sexo masculino e solteiros. Porém o perfil pessoal não é por si só desencadeante da Síndrome de Burnout, apenas facilitador ou não para o desenvolvimento do quadro. Estudos com o mesmo grupo em locais diferentes, este resultado foi similar; no SAMU – Picos/Piauí, entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e condutores foram 75% eram do sexo masculino, 43,8% na faixa etária entre e 20 até 30 anos, 25% enfermeiros, 84,4% trabalhavam no SAMU de 1 a 5 anos, 37,5% trabalhavam mais de 60 horas semanais; enquanto no SAMU – IGSS/Peru, entre médicos, enfermeiros e condutores foram 63,9% eram do sexo masculino, 57,6% na faixa etária entre 31 a 40 anos, 32,9% enfermeiros⁹⁻¹⁰.

As dimensões da Síndrome de Burnout foram comparadas: Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional segundo os subníveis baixo, moderado e alto. Os escores da sub-escala da síndrome de Burnout para Exaustão Emocional são: baixo (0-16 pontos), moderado (17-26 pontos) e alto (27 ou mais pontos); na Despersonalização são: baixo (0-6 pontos), moderado (7-12 pontos) e alto (13 ou mais pontos); e na Reduzida Realização Profissional são: baixo (39 ou mais pontos), moderado (32-38 pontos) e alto (0-31 pontos)⁸.

Com relação à prevalência da Síndrome de Burnout foi observado que todos os profissionais estudados já possuíam sintomas para uma das três dimensões da síndrome. A reduzida realização profissional em altos níveis pode gerar sensação de incapacidade, baixa autoestima, desmotivação e infelicidade no trabalho, afetando até a habilidade e a destreza, quando associado a sentimentos de insensibilidade em relação aos clientes ou colegas de trabalho, e frustração pode ser um desencadeador da Síndrome de Burnout.

Tratando-se das dimensões do Burnout, no SAMU – Picos/Piauí foram encontrados resultados semelhantes, sendo 87,5% dos enfermeiros com nível baixo a moderado, enquanto 66,7% dos técnicos de enfermagem com reduzida realização profissional em nível alto⁽⁸⁾. No SAMU – IGSS/Peru foram 67,3% dos enfermeiros com presença de estresse laboral⁹.

Inúmeros fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout no SAMU, haja vista que os profissionais atuantes na zona urbana enfrentam o trânsito caótico da cidade, assim como a má sinalização e

os buracos em ruas; seguidas do trabalho em áreas de risco e do complicado relacionamento com a população; além do relacionamento com a equipe e a chefia.

Esta pesquisa mostrou que a maioria dos profissionais está situada na fase inicial da Síndrome de Burnout. Neste sentido, esta informação é relevante, corroborando com o fato dos sintomas da fase inicial do Burnout poderem confundir-se com sintomas de outros distúrbios mentais; além de afetar na qualidade da assistência prestada ao paciente.

A fase inicial pode ser confundida com a depressão, pois apresenta agressividade, isolamento, mudança de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, falha da memória, ansiedade, tristeza, pessimismo, baixa autoestima e ausência no trabalho¹¹. Os profissionais de enfermagem do SAMU – Sobral/CE ainda não desenvolveram estratégias de adaptação aos fatores estressantes da rotina de trabalho, sendo o trabalho considerado um fator predisponente ao adoecimento ocupacional.

Outro estudo com os profissionais de enfermagem do SAMU de uma cidade de médio porte da região norte catarinense, aponta que os profissionais entrevistados estão na fase inicial da Síndrome de Burnout¹².

O adoecimento do profissional com a Síndrome de Burnout gera repercussões negativas que pode ser entendida no déficit da qualidade da assistência prestada à população, além de sentimentos de agressividade e desprezo com a equipe, prejudicando a vida pessoal, social e ocupacional do indivíduo.

Quando os trabalhadores sofrem desgaste físico e emocional, não são os únicos responsáveis pela fadiga, raiva e pela atitude de indiferença que adotam. Tal desgaste é sinal de uma disfunção importante no ambiente das organizações e, portanto, revela mais sobre o local de trabalho do que sobre os que nele trabalham¹³. Haja visto que as condições de trabalho na assistência pré-hospitalar são constituídas por ambientes hostis para atuação da equipe, demandas psicológicas intensas, sobrecarga ocupacional e recursos estruturais deficientes¹⁴.

Não é vasta a relação da Síndrome Burnout e sua prevalência na literatura brasileira. Sendo apontada em 26% da amostra de uma pesquisa que a classe de profissionais apresentou exaustão pelo trabalho. E que, nesta perspectiva, algumas empresas tratam a Síndrome como sendo um problema particular do trabalhador¹⁵.

O Burnout é uma síndrome ocasionada por fatores biopsicossociais associados ao ambiente de trabalho, por si só o perfil individual não é desencadeador, o que a torna um problema de saúde pública e intimamente ligada à gestão organizacional dos serviços de trabalho.

Limitações do estudo

Quanto às limitações deste estudo, houve amostra insuficiente diante do total de enfermeiros atuantes no serviço, dessa forma não permite a generalização dos resultados.

Contribuições para a prática

Este estudo pretende suscitar novas reflexões acerca da Síndrome de Burnout, principalmente sobre o impacto desta síndrome na organização do serviço, na vida dos profissionais e na satisfação dos usuários atendidos; bem como a busca de novas estratégias para prevenção e para acompanhamento longitudinal dos profissionais afetados pela síndrome, assim como a criação de novas atitudes para enfrentamento da Síndrome de Burnout.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu demonstrar a predisposição da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do SAMU. Os profissionais apresentaram mais de duas dimensões em níveis altos para a Síndrome de Burnout associados à sintomatologia correspondente as fases do Burnout.

Quanto às dimensões da Síndrome de Burnout, os profissionais de enfermagem possuem nível baixo para exaustão emocional; nível moderado para despersonalização; e nível alto para reduzida realização profissional. Dentro dos limites do Inventário de Burnout de Maslach, constatou-se que os enfermeiros possuem a possibilidade de desenvolver a Síndrome de Burnout; enquanto os técnicos de enfermagem vivenciam a fase inicial da síndrome.

A pressão psicológica, a agilidade e a rapidez exigidas no atendimento pré-hospitalar móvel geram um ambiente propício ao desenvolvimento de doenças. Embora a Síndrome

de Burnout seja um diagnóstico clínico médico e feito de forma individual, os resultados obtidos neste estudo podem ser considerados como alerta para a instituição em relação ao adoecimento dos profissionais de enfermagem e um risco para os demais profissionais de saúde.

A investigação da predisposição da Síndrome de Burnout gera o repensar das ações acerca da assistência prestada aos usuários e das relações interpessoais, embora não tenha sido realizada intervenção, os resultados buscam gerar o pensamento crítico nos profissionais acerca do processo de trabalho como agente adoecedor.

O enfrentamento da Síndrome de Burnout pode acontecer com a redução dos fatores estressores da enfermagem como a melhoria das condições de trabalho; quadro de funcionário de acordo com a necessidade do serviço; apoio estratégico de outras instituições como a polícia civil e o corpo de bombeiros em ocorrências de risco. Portanto, a escuta qualificada e o acolhimento das necessidades dos profissionais pode ocasionar novas medidas na gestão do serviço, elucidando potenciais problemas desencadeadores do Burnout, o qual repercute negativamente na qualidade de vida e no desempenho laboral destes profissionais.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Franciana Gabaglia da Silva, Abigail de Paulo Andrade, Keila Maria de Azevedo Ponte, Verena Emmanuelle Soares Ferreira, Beatriz da Silva Sousa, Kauanny Gomes Gonçalves.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP do, Lima LL de, Silva MEP da, Freitas JG. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 11];51:1-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100801&lng=en&tlng=en
2. Sousa AQ, Barros AG, Dias ACS, Santos VEP. Perspetivas de síndrome de Burnout na Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Pesqui Cuid é Fundam* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dez 11];4(3):2672-8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090847.pdf>
3. Angelim RC de M, Rocha GS de A. Scientific production about the working conditions of nursing in emergency and urgent services. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 11];8(1):3845. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4473>
4. Leite HDCS, Carvalho MTR de, Cariman SL da S, Araújo ER de M, Silva NC, Carvalho A de O. Risco Ocupacional entre Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. *Enferm em Foco* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 11];7(3/4):31-5. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/912/342>
5. Brasil. Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016 / 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 11]. Available from: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>
6. Martins AM de C, Santos VV, Mendonça IO, Silva DP da, Oliveira DM. Síndrome de burnout em profissionais da enfermagem do atendimento pré-hospitalar. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 29];4(2):101-114. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/4595/2497>
7. Brasil. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*: 13 jun 2016 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
8. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelato JR, Coelho VP, Wenczenovicz C, Nunes FCL, et al. High prevalence of burnout syndrome among intensivists of the city of Porto Alegre. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 11];29(1):115-20. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20170017>
9. Luz LM, Torres RRB, Sarmiento KMV de O, Sales JMR, Farias KN, Marques MB. Síndrome de burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 11];9(1):238-46. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5400>
10. Maura SVK, Amalia LPR, Hernán SVM. Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias -Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Rev enferm Hered* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 11];8(2):116-22. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2691/2567>
11. Carvalhais FR, Aguilar AMM, Mendonça RL, Ottano C. Frequência da síndrome de Burnout em uma Unidade de Terapia Intensiva: uma perspectiva multiprofissional. *Rev Prev Infec e Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 11];1(4):1-10. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4271/pdf>
12. Reinert T, Bertoldi VS, Torres MS. Síndrome de Burnout em uma Perspectiva Avaliativa Aplicada em Profissionais de Serviço Móvel de Urgência. *Psicologado: Revista Eletrônica Escritos Psicanalíticos* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 17]; 9(7). Available from: <https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/sindrome-de-bournout-em-uma-perspectiva-avaliativa-aplicada-em-profissionais-de-servico-movel-de-urgencia>
13. Oliveira LO de, Oliveira SMK de. A Síndrome de Burnout nas Organizações. *Rev Maiêutica* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 11];4(1):17-26. Available from: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/1589/718
14. Dal Pai D, Lima MAD da S, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 11];17(4):1-12. Available from: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/31522>
15. Cândido J, Souza LR. Síndrome de Burnout: as novas formas de trabalho que adoecem. *Psicologia* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 04];1(1):1-12. Available from: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?sindrome-de-burnout-as-novas-formas-de-trabalho-que-adoecem&codigo=A1054&area=d8

RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM ENFERMAGEM: CONHECENDO SUA IMPORTÂNCIA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Suzana Rosa André¹, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹, Laura Maria Vidal Nogueira¹, Marcandra Nogueira de Almeida Santos¹, Thayse Moraes de Moraes²

Objetivo: Verificar o que os acadêmicos de enfermagem conhecem sobre Responsabilidade Técnica em Enfermagem. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa envolvendo 34 acadêmicos do curso de graduação em enfermagem. **Resultados:** Os resultados mostraram que os discentes possuem noções baseadas nos preceitos do Código de Ética de Enfermagem embora de forma bastante restrita, demonstrando limitações no que tange ao conceito de Responsabilidade Técnica. **Conclusão:** Concluiu-se que o ensino na graduação não é suficiente para respaldar o exercício profissional de forma segura e nem está inserido no momento propício no conteúdo curricular, demonstrando a importância da atenção dos estudantes e profissionais de enfermagem para temas voltados a natureza ética da profissão.

Descritores: Responsabilidade Técnica; Enfermagem; Ética.

TECHNICAL RESPONSIBILITY IN NURSING: KNOWING ITS IMPORTANCE FOR PROFESSIONAL PRACTICE

Objectives: To verify what the nursing students know about Technical Responsibility in Nursing. **Methodology:** A descriptive study with a quantitative approach involving 34 undergraduate nursing students. **Results:** The results showed that the students have notions based on the precepts of the Code of Nursing Ethics, although in a very restricted way, demonstrating limitations regarding the concept of Technical Responsibility. **Conclusion:** It was concluded that undergraduate teaching is not enough to support professional practice in a safe way and is not inserted at the right moment in curricular content, demonstrating the importance of the attention of students and nursing professionals to themes related to the ethical nature of profession.

Descriptors: Technical Responsibility; Nursing; Ethics.

RESPONSABILIDAD TÉCNICA EN ENFERMERÍA: CONOCIENDO SU IMPORTANCIA PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

Objetivo: Verificar lo que los académicos de enfermería conocen sobre Responsabilidad Técnica en Enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo que involucra a 34 académicos del curso de graduación en enfermería. **Resultados:** Los resultados mostraron que los discentes poseen nociones basadas en los preceptos del Código de Ética de Enfermería aunque de forma bastante restringida, demostrando limitaciones en lo que se refiere al concepto de Responsabilidad Técnica. **Conclusión:** Se concluyó que la enseñanza en la graduación no es suficiente para respaldar el ejercicio profesional de forma segura y ni está inserto en el momento propicio en el contenido curricular, demostrando la importancia de la atención de los estudiantes y profesionales de enfermería para temas volcados a la naturaleza ética de la ética profesión.

Descritores: Responsabilidad Técnica; Enfermería; Ética.

¹Universidade do Estado do Pará-UEPA,PA.

²Universidade Federal do Pará-UFP,PA.

Autor correspondente: Raissa Lorena dos Santos Dantas. E-mail: enf.raissalorena@gmail.com

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento histórico da enfermagem se deu através da preocupação com as demandas de saúde e complexidades dos serviços, objetivando subsidiar melhores práticas para o cuidado de forma integral, ascendendo a necessidade do desenvolvimento e de organização do trabalho de enfermagem para aperfeiçoar modelos gerenciais considerados obsoletos¹.

A enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa e não para a saúde pública, atendendo as necessidades de saúde do período de industrialização do país, que vivia momentos de pressão pela classe trabalhadora por assistência médica individual e necessidade de organização da assistência à saúde².

Nesse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei nº 5.905 constituem o principal órgão fiscalizador das atividades de enfermagem no Brasil, que em seu conjunto formam uma Autarquia Federal³.

No que se refere à qualidade dos serviços prestados à população pelas diversas categorias profissionais no Brasil, um importante marco foi a criação da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART). A Lei nº 6.496 de 07 de dezembro de 1977 instituiu a ART na prestação de serviços de engenharia, de arquitetura e agronomia e determinou que Instituições e os profissionais a elas vinculados adotassem padrões para a execução de seu trabalho baseados em legislações e normas técnico institucionais⁴.

A Responsabilidade Técnica (RT) existe em quase todas as profissões e consiste essencialmente em um processo ético-profissional⁵. Para enfermagem, a Resolução COFEN nº 509/2016 instituiu a Responsabilidade Técnica nos Serviços de Enfermagem (RTE), sendo uma atribuição específica e inerente ao enfermeiro nos termos da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, tendo sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem⁶⁻⁸.

Na graduação em enfermagem faltam oportunidades práticas, na qual os acadêmicos possam observar a aplicabilidade de temas como RTE e demais legislações pertinentes ao serviço. Em geral, prevê apenas atividades teóricas, além do que os temas fazem parte do conteúdo de disciplinas ministradas nos primeiros anos da graduação quando, em sua maioria, os alunos provavelmente ainda não têm maturidade acadêmica para compreendê-las em sua magnitude.

Diante da importância do tema, definiu-se como objetivos deste estudo: Verificar o que os acadêmicos de enfermagem

conhecem sobre Responsabilidade Técnica em Enfermagem; discutir esses conhecimentos com vistas a subsidiar acadêmicos de enfermagem no que diz respeito à importância da responsabilidade técnica.

Entende-se que esta pesquisa tem relevância, tanto para o meio acadêmico, quanto para o profissional, contribuindo para o conhecimento sobre o papel que o responsável técnico desempenha e quais suas atribuições, bem como disseminar informações acerca do tema e estimular enfermeiros e acadêmicos a conhecer a respeito dos aspectos éticos da profissão, atentando para seus direitos e deveres.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-observacional com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Os participantes foram discentes do curso de graduação em enfermagem pertencentes a quinta série bloco II, turmas A e B (manhã e tarde) matriculados no ano de 2015. Como critério de exclusão definiu-se acadêmicos que, embora regularmente matriculados, não estivessem no pleno exercício de suas atividades acadêmicas por qualquer motivo. O número previsto foi de 40 discentes, conforme informação da Coordenação de Registro e Controle Acadêmico (CRCA). Participaram 34 acadêmicos, posto que 06 recusaram-se.

Local do estudo

Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB) que faz parte do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde constituindo o Campus IV da Universidade do Estado do Pará (UEPA). A EEMB é uma das duas universidades públicas existentes no Estado que ofertam o curso de enfermagem, onde funciona além de graduação em enfermagem o curso de pós-graduação em enfermagem nível *stricto sensu* associado a Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Coleta dos dados

A abordagem e convite aos estudantes aconteceu gradualmente, à medida dos encontros propiciados pelas próprias atividades acadêmicas. Aos que aceitaram foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como o processo de coleta de dados. Esta foi realizada no próprio Campus IV, no período de agosto a outubro de 2015, em salas previamente solicitadas à coordenação do curso. Alguns participantes optaram por realizar a entrevista nos campos de estágio, o que foi respeitado e mesmo nesses espaços o caráter sigiloso das entrevistas foi assegurado. Foi realizada entrevista

individual utilizando instrumento baseado na escala de Likert, adequado ao tipo de pesquisa desenvolvida neste projeto. Esta escala foi composta por um elenco de assertivas para que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida(9). O instrumento de coleta organizou-se com 06 perguntas sobre conhecimentos de RTE, 03 perguntas sobre abordagem do tema no contexto acadêmico e 03 perguntas sobre aplicabilidade da RTE no exercício profissional.

Neste estudo, a escala foi constituída por afirmativas sobre a RTE e foi solicitado ao participante que expressasse sua opinião escolhendo uma dentre elas, indicando atitude favorável ou desfavorável em relação à afirmativa do objeto central. Além da escala, incluiu-se no instrumento de coleta uma pergunta final referente à uma possível contribuição do participante a respeito dos estudos do tema no contexto acadêmico.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise os dados foram organizados e armazenados em um banco de dados utilizando-se o software do Microsoft® Office Excel® 2010 para elaboração das tabelas ora apresentadas. A análise propriamente dita foi feita mediante apreciação do material coletado por meio de estatística simples e correlacionando-os com o referencial teórico selecionado sobre o tema.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará sob o parecer nº 1.096.321 e a todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que pudessem declarar formalmente o seu aceite. A identidade dos participantes foi preservada utilizando-se código alfa numérico com as letras AC para acadêmico seguido do número sequencial de ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Sobre os participantes da pesquisa

Os acadêmicos eram em sua maioria do sexo feminino, 82%²⁸, na faixa etária de 20 a 24 anos (67,6%). Quando indagados se possuíam algum tipo de experiência extracurricular 28 (82,35%) dos participantes responderam positivamente. A experiência em Conselhos de Classe foi relatada por apenas 3 (8,8%) que participaram de programa de estágio do COREN-PA.

Conhecimento sobre Responsabilidade Técnica em Enfermagem

A totalidade dos participantes concordou sobre a finalidade da instituição da responsabilidade técnica como um instrumento que garante a atuação profissional com qualidade, bem como o RT ter registro ativo junto ao Conselho de Classe, sendo 85,3%²⁹ os que concordaram totalmente com este conceito e 14,7%⁵ os que concordaram de forma parcial, os demais discordaram.

Quando indagados sobre a resolução atual que normatiza a RTE e o seu caráter obrigatório, 35,3%¹² discentes concordaram totalmente com esta assertiva e 47,1%¹⁶ concordaram de forma parcial, 11,8%⁴ discordaram e 5,9%² discordaram totalmente.

Sobre o conceito de ART e a finalidade desta junto ao COREN, 41,2%¹⁴ disseram concordar totalmente, sendo 35,3%¹² os que concordaram de forma parcial, 17,6%⁶ e 5,9%² participantes, respectivamente, discordaram parcial e totalmente.

Com relação à obrigatoriedade da ART nos serviços de enfermagem a maioria das respostas foram de acordo com a assertiva, que é verdadeira, sendo 58,8%²⁰ de acordo totalmente e 20,6%⁷ parcialmente, os outros 11,8%⁴ e 8,8%³ respectivamente discordaram parcial e totalmente.

Dentre os critérios adotados para concessão de ART foram mencionados pelos participantes: o registro ativo junto ao COREN, regularidade financeira, disponibilidade de horários e estar quite com obrigações eleitorais. Com os critérios para emissão de ART, 76,5% (26) concordaram, 20,6%⁷ discordaram parcialmente e apenas 2,9%¹ discordou totalmente.

Quando se afirmou aos participantes ser uma função da ART respaldar o enfermeiro, além de outras atribuições, conduzir o Programa de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), 58,8%²⁰ concordou com esta colocação, fazendo associação com RT e a condução do PGRSS, uma vez que este último necessita de um RT para seu efetivo funcionamento, os demais 41,2%¹⁴ discordaram desta assertiva.

Abordagem sobre Responsabilidade Técnica no contexto acadêmico

Essa categoria demonstra dados sobre a abordagem da responsabilidade técnica no contexto acadêmico. Quando indagados se durante a graduação receberam/produziram conhecimento sobre responsabilidade técnica e demais legislações de enfermagem, a maioria, 67,6%²³, discordou, sendo que 44,1%¹⁵ discordou parcialmente e 23,5%⁸ totalmente. Os demais participantes concordaram 32,4%¹¹.

Os participantes avaliaram que os conhecimentos obtidos na graduação não foram suficientes para respaldar o exercício profissional de forma segura e nem estavam inseridos no momento propício no conteúdo curricular, posto

que 31 (91,2%) discordaram desta assertiva e somente 3 (8,8%) concordaram de forma parcial.

Aplicabilidade da Responsabilidade Técnica no exercício profissional

Essa categoria evidencia a opinião dos participantes sobre a aplicabilidade da RTE. Quando indagados sobre a função da RT como instrumento para facilitar a atividade fiscalizatória em relação aos profissionais que atuam nas empresas/instituições que prestam serviços de enfermagem, 55,9%¹⁹ concordaram totalmente e 32,3%¹¹ concordaram parcialmente. Desta forma a maioria dos discentes acredita que a ART tem caráter efetivo junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e que funciona de fato como instrumento para fiscalização dos profissionais. Os demais participantes discordaram desse caráter na ART.

Todos os participantes concordaram com relação a aplicabilidade e a relevância da responsabilidade técnica, tanto para resguardar os interesses em comum de pessoa, família e coletividade, quando para sua atuação como profissional enfermeiro.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes tem a percepção de que a instituição da RT em Enfermagem se deu por meio de dispositivos legais com o intuito de qualificar o serviço, bem como habilitar o enfermeiro a atuar como vínculo entre o Conselho de Classe e o serviço de enfermagem da instituição⁶. Os discentes entendem que por meio da ART, os serviços prestados pelo enfermeiro serão mais especializados, podendo propiciar significativa melhora na qualidade da assistência prestada aos clientes.

Quanto à obrigatoriedade e critérios para aquisição de ART, notou-se que os participantes tinham conhecimento limitado em relação a esses, pois os acadêmicos tinham dificuldade em afirmar se a ART era obrigatória e compreender expressões que conceituavam os critérios para concessão de ART.

Ao avaliar a opinião dos participantes sobre a ART e sua função no PGRSS, constatou-se que os acadêmicos não faziam a relação da necessidade da condução do programa de resíduos por um RT, esta é obrigatória e norteada pela Resolução COFEN nº 303/2005 que habilita o enfermeiro a assumir, elaborar e implementar a Responsabilidade Técnica do PGRSS¹⁰.

No que concerne a RT no contexto acadêmico, identificou-se dentre os participantes, um grupo jovem, sendo que a maioria já passou por estágio extracurricular em diversas áreas. O estágio curricular supervisionado apresenta-se como instrumento integrador entre instituições de ensino e campo de trabalho no ensino superior, conferindo maior

domínio entre determinadas áreas de atuação¹¹. Nesse raciocínio, é possível relacionar essa participação como fator decisivo para propiciar o domínio dos temas estudados na academia.

Dessa forma destaca-se que, neste estudo, embora muitos tenham participado de estágios extracurriculares, foi constatado que um percentual muito reduzido dos estudantes teve oportunidade de participação em Conselho de Classe, o que leva a deduzir que as dificuldades demonstradas por eles, no domínio do tema responsabilidade técnica em enfermagem, pode estar relacionada à pouca oportunidade de vivenciar a aplicação, na prática, referentes à RTE.

Descobriu-se, entre os participantes, um certo descontentamento a respeito de temas voltados para os aspectos éticos da enfermagem, pois consideraram estes pouco discutidos durante a formação acadêmica. Na formação inicial dos futuros profissionais, além da dimensão técnica, deve ser enfatizada a dimensão ética da competência profissional, dada sua responsabilidade social¹². Nesse aspecto foi unânime entre os participantes a manifestação da necessidade de um maior aprofundamento sobre os temas voltados para a natureza ética da enfermagem, demonstrando a relevância para os acadêmicos de enfermagem concluintes sobre estes assuntos.

Os quesitos que fornecem subsídios para a atuação de enfermeiros qualificados são fonte de referência para os acadêmicos de enfermagem. A relação profissional-acadêmico com comunicação efetiva é fundamental para a formação de enfermeiros aptos para a atuação em equipe multiprofissional e ações interdisciplinares¹³.

Quanto à opinião dos participantes sobre a aplicabilidade da RTE, dentre os que concordaram ser um vínculo entre Conselho de Classe e profissionais, havia a ideia em comum que a ART é dependente do órgão fiscalizador da profissão, mostrando que os acadêmicos veem a função de RT como de extrema responsabilidade, o que é legítimo, posto que o descumprimento das atribuições estabelecidas ao RT poderão ser notificados a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder Processo Ético-Disciplinar na Autarquia de jurisdição⁵.

No que concerne a aplicabilidade da RTE para que sejam resguardados interesses coletivos, foi unânime a ideia de que esta traz benefícios para o serviço e clientela, reconhecendo que esta contribui para uma atuação profissional com qualidade.

Mediante esses resultados, constata-se que os discentes possuem noções baseadas nos preceitos estabelecidos pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que define a enfermagem como uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e

coletividade”, portanto, mesmo aqueles que ainda não adquiriram conhecimento mais apurado sobre RTE e demais legislações pertinentes a profissão, não os desconhecem completamente e, somado a isto, demonstraram interesse em aprender mais sobre estes temas¹⁴.

Quando estimulados a sugerir estratégias para que profissionais e acadêmicos tenham acesso a mais informação sobre RTE, estes mencionaram que para os discentes se faz necessário maior aprofundamento de temas dessa natureza na disciplina Legislação em Enfermagem, com a inclusão de atividades práticas e maior oferta de estágios que valorizem esses aspectos da profissão. Quanto aos profissionais, os mesmos sugeriram que sejam realizadas e/ou intensificadas capacitações de profissionais sobre o tema, em seus campos de trabalho, tendo o COREN como facilitador desse processo.

O cenário acadêmico deste estudo já vivencia a implantação de currículos integrados, contudo, do ponto de vista dos docentes, há dificuldades na implantação dos mesmos. É necessário refletir mais sobre o currículo integrado no que diz respeito ao seu conceito, princípios e suas relações com o campo das macropolíticas representadas, por exemplo, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e pelo SUS¹⁵.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo referem-se à pouca literatura encontrada sobre a temática RT, especificamente na enfermagem, mas entende-se que estudos como estes podem estimular outras pesquisas relacionadas ao aprimoramento do conhecimento sobre a Responsabilidade Técnica e contextos semelhantes.

Contribuição para a prática

Como implicações para a prática, os achados mostram a importância de estimular a busca de conhecimentos sobre a natureza ética da enfermagem e sua aplicabilidade prática, posto que realizá-lo permitiu conhecer que estes aspectos são pouco explorados. Importa conhecer a legislação em enfermagem, compreendendo-a em sua totalidade, com suas atribuições profissionais, direitos e deveres, com vista a formar profissionais críticos para o exercício profissional com segurança, ética e benefícios para a comunidade

CONCLUSÃO

A maioria dos discentes demonstrou interesse sobre o tema, mas constatou-se que o conhecimento demonstrado por eles, ainda, é incipiente. Entendem que o conhecimento adquirido na academia não é suficiente para respaldar o exercício profissional, e que não estão inseridos no momento oportuno.

Quando estimulados a sugerir estratégias para que Enfermeiros e acadêmicos tenham acesso à informação sobre RTE, estes mencionaram que, para os discentes, faz-se necessário maior aprofundamento de temas dessa natureza na disciplina Legislação em Enfermagem com a inclusão de atividades práticas e oferta de estágios que valorizem esses aspectos da profissão. Quanto aos profissionais, sugeriram que sejam realizadas e/ou intensificadas capacitações sobre o tema, em seus campos de trabalho tendo o COREN como facilitador desse processo.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Suzana Rosa André, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Laura Maria Vidal Nogueira Marcandra Nogueira de Almeida Santos, Thayse Moraes de Moraes.

REFERÊNCIAS

1. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1165-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501106&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):570-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>.
3. Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973 (BR) [Internet]. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 jul. 1973 [acesso em: 22 dez. 2014]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm.
4. Lei nº 6.496 de 07 de dezembro de 1977 (BR) [Internet]. Institui a "Anotação de Responsabilidade Técnica" na prestação de serviços de engenharia, de arquitetura e agronomia; autoriza a criação, pelo Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CONFEA, de uma Mútua de Assistência Profissional; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 09 dez. 1977 [acesso em: 28 nov. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6496.htm.
5. Amadigi FR et al. Anotação de responsabilidade técnica do profissional enfermeiro. 1ª ed. Florianópolis, SC: Conselho Regional de Enfermagem-SC; 2013.
6. Resolução nº 509/2016 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de março de 2016 (BR) [Internet]. Atualiza as normas técnicas para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. *Diário Oficial da União*. 16 mar. 2016 [acesso em: 26 set. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
7. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR) [Internet]. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 26 jun. 1986 [acesso em: 28 nov. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
8. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 (BR) [Internet]. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 09 jun. 1987 [acesso em: 28 nov. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.
9. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP; 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0080-6234201700010043600018&lng=en.
10. Resolução nº 303 do Conselho Federal de Enfermagem, de 23 de junho de 2005 (BR) [Internet]. Dispõe sobre a autorização para o enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS. *Diário Oficial da União*. 23 jun. 2005. [acesso em: 11 fev. 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3032005_4338.html.
11. Marran AL, Lima PG, Bagnato MHS. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2015; 13(1):89-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100089&lang=pt
12. Burgatti JC, Bracialli LAD, Oliveira MAC. Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em Enfermagem de um currículo integrado. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):937-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400937.
13. Souza RV, Alves LC, Barra LLLB, Fernandes LM, Salgado, PO, Viegas SMF. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco*. 2017; 8 (1): 47-5. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/763>
14. Resolução nº 311 do Conselho Federal de Enfermagem, de 8 de fevereiro de 2007 (BR) [Internet]. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 8 fev. 2007 [acesso em: 14 fev. 2015]. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>.
15. Franco ECD, Soares AN, Bethony MFG. Currículo integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros dos docentes. *Enferm Foco* 2016; 7 (1): 33-36. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/662>

CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SOBRE A SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE

Nadia Shirley Correia Sobral Soares¹, Flavia Nunes Ferreira de Araujo¹, Maria Janine Pereira Fernandes¹, Maria Zélia Araujo¹, Francisca Martins Silva¹, Bárbara Jeane Pinto Chaves¹

Objetivo: Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a Síndrome pós-poliomielite em unidades básicas de saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo, explicativo de campo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em setembro e outubro de 2017, com 11 profissionais de unidades básicas de saúde. Utilizou-se instrumento semiestruturado com questões de abordagem relativa ao tema. Os resultados foram analisados pelo programa Microsoft Excel (2010) e análise de conteúdo de Bardin, e representados em gráficos e tabelas. Todo o percurso metodológico respeitou os princípios éticos de pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Constatou-se como faixa etária mais prevalente dos profissionais entre 20 a 35 anos (72,73%), 90,91% eram do sexo feminino, 63,64% possuíam pós graduação *Latu Sensu* e 63,64% atuam na UBS entre seis e dez anos, 73% dos profissionais não conhecem a patologia. **Conclusão:** Identificou-se, deficiência de conhecimentos sobre a Síndrome pós-pólio, o que sinaliza necessidade de capacitação sobre a temática.

Descritores: Síndrome pós-poliomielite; Complicações; Cuidados de enfermagem.

KNOWLEDGE OF NURSES FROM BASIC HEALTH UNITS ON POST-POLIOMIELITE SYNDROME

Objective: To verify nurses' knowledge about post-poliomielite syndrome in basic health units. **Methodology:** Descriptive, explanatory field study with quantitative-qualitative approach, developed in September and October 2017, with 11 professionals from basic health units. A semi-structured instrument was used with questions related to the topic. The results were analyzed by the program Microsoft Excel (2010) and analysis of content of Bardin, post and represented in graphs and tables. The whole methodological course respected the ethical principles of research with human beings. **Results:** The most prevalent age group was between 20 to 35 years old (72.73%), 90.91% were female, 63.64% had a *Latu Sensu* postgraduate course and 63.64% worked in the UBS between six and ten years, 73% of the professionals do not know the pathology. **Conclusion:** We identified a lack of knowledge about post-polio Syndrome among professionals, which indicates a need for training on the subject.

Descriptors: Post-poliomielite syndrome; Complications; Nursing care.

CONOCIMIENTOS DE LOS ENFERMEROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SALUD SOBRE LA SÍNDROME POST-POLIOMIELITE

Objetivo: Verificar el conocimiento de los enfermeros sobre el Síndrome post-poliomielite en unidades básicas de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo, explicativo de campo con abordaje cuantitativo, desarrollado en septiembre y octubre de 2017, con 11 profesionales de unidades básicas de salud. Se utilizó un instrumento semiestruturado con cuestiones de abordaje relativas al tema. Los resultados fueron analizados por el programa Microsoft Excel (2010) y análisis de contenido de Bardin, poste y representados en gráficos y tablas. Todo el recorrido metodológico respetó los principios éticos de investigación con seres humanos. **Resultados:** Se constató como grupo de edad más prevalente de los profesionales entre 20 a 35 años (72,73%), 90,91% eran del sexo femenino, 63,64% poseían post graduación *Latu Sensu* y 63,64% actúan en la UBS entre seis y diez años, el 73% de los profesionales no conocen la patologia. **Conclusión:** Se identificó, deficiencia de conocimientos sobre el Síndrome post-pólio, lo que señala necesidad de capacitación sobre la temática.

Descritores: Síndrome post-poliomielite; Complicaciones; Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A poliomielite paralítica é uma doença aguda causada pelo poliovírus, com relatos históricos na humanidade há milhares de anos. Em meados do século XX, com a implantação de um programa de vacinação eficaz, o número de novos casos reduziu consideravelmente. Dessa forma, o poliovírus selvagem foi eliminado do hemisfério ocidental, e o número de novos casos continua a cair no resto do mundo. No Brasil, os primeiros dados epidemiológicos sobre a poliomielite datam de 1910, e em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o Brasil como livre de pólio¹.

Mesmo nesse contexto, após um longo período de estabilidade após uma infecção pelo vírus da poliomielite, pacientes com ou sem sequelas da doença podem desenvolver novas incapacidades com diversos sintomas, consistente com a síndrome pós-poliomielite (SPP)².

A Síndrome pós-poliomielite é uma condição que afeta sobreviventes da poliomielite aguda (PAA), decorridos anos da recuperação de um ataque agudo inicial do vírus. Consta-se que quando há um desgaste nos neurônios motores acometidos pelo vírus, que é reativado em média 20 anos, após o indivíduo haver tido o contato direto oral-fecal, por alimentos e produtos contaminados, ocorre a manifestação^{3,4}.

São características da síndrome o aparecimento de fraqueza muscular, depressão, fadiga, insônia, dores musculares e nas articulações, dor nos membros pela presença do frio, resultando em uma diminuição da capacidade funcional de membros e/ou no surgimento de novas incapacidades. Alguns pacientes desenvolvem, ainda, dificuldade de deglutição e respiração, podendo levar a um problema pulmonar grave².

Os novos sinais da doença aparecem preferencialmente em membros, de indivíduos com maior fraqueza motora. A instalação da SPP tem fator variável de acordo com a idade e a apresentação da doença aguda. Quanto maior a idade, maior a possibilidade de desenvolver esta síndrome⁴.

Na maioria dos casos o aparecimento dos sintomas é lento, com períodos de estabilização seguida de agravamento do quadro clínico. Mudanças e alterações motoras e funcionais podem interferir na forma do próprio corpo e comprometer a manutenção da estética corporal. A piora do quadro clínico varia de acordo com cada indivíduo, mudando assim suas atividades diárias e a vida cotidiana⁵.

Os profissionais precisam estar cientes dos agravos e danos que a SPP pode acarretar ao indivíduo como forma de intervir previamente. Uma vez que, muitos desses, por não conhecer especificamente o que é a síndrome, que pode ser confundida com outro tipo de doença, pode não oferecer um diagnóstico correto e/ou consequentemente tardio, comprometendo assim ainda mais sua qualidade de vida dos

acometidos⁶.

Com base nessa problemática, o estudo teve por objetivo: verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a Síndrome pós-poliomielite em unidades básicas de saúde.

MÉTODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, explicativo e no que diz respeito a classificação teve caráter quanti/qualitativa, uma vez que esses dois últimos aspectos favorecem ao pesquisador uma abordagem mais ampla, englobando da melhor maneira o objetivo elaborado na pesquisa.

Participantes da pesquisa

População de 11 dos enfermeiros atuantes das 12 UBS do município. Para isso, foram utilizados como critério de inclusão todos os enfermeiros que compõem as equipes de saúde dos referidos locais, que exerçam sua função há mais de 12 meses e que concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que estavam de licenças ou em afastamento por algum motivo.

Local do estudo

A pesquisa se desenvolveu com enfermeiros de 12 unidades básicas de saúde (UBS) no município de Alagoa Grande-PB, localizada no brejo paraibano. As UBS funcionam de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, sendo 11 UBS na zona urbana e 01 na zona rural. Cada equipe trabalha com cobertura de área adstrita, funcionando com a composição mínima de um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, um técnico de enfermagem e pelo menos seis agentes comunitários de saúde que desenvolvem suas atividades com base em cronograma elaborado e população adstrita.

Coleta dos dados

A pesquisa aconteceu nos meses de setembro e outubro de 2017. O instrumento de coleta de dados correspondeu a um formulário semiestruturado, contendo questões sobre a caracterização do perfil do profissional, a qual contempla faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de formação, tempo de trabalho na UBS e trabalho em outra instituição, bem como questões subjetivas relativas ao tema. O instrumento foi validado por meio de um pré-teste com dois profissionais de conhecimento técnico específico sobre o assunto.

Na ocasião da coleta de dados, foi esclarecido aos participantes, individualmente, por meio de uma leitura prévia e explicativa, o objetivo da pesquisa e o modo de

preenchimento do mesmo. Ao concluir as respostas, cada ficha foi revisada, quanto a existência de questões não respondidas e logo finalizada a coleta, com a informação de que os resultados seriam divulgados aos participantes posteriormente.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados e transformados em gráficos pelo programa Microsoft Excel (2010) para melhor interpretação e visualização dos resultados obtidos. A análise de dados qualitativos foi realizada de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

A técnica de análise de conteúdo se compõe de três grandes etapas: a primeira fase - pré-análise (organização); segunda fase - a exploração do material (etapa dos dados registrados) e terceira fase - o tratamento dos resultados e interpretação (classificação dos elementos e suas diferenças e semelhanças).

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CESED (Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento) e aprovado sob número de CAAE 74799517.9.0000.5175.

Aos participantes foi garantido o sigilo das informações, uma vez que no próprio formulário não seria necessário a identificação do profissional. Os formulários foram codificados em E1, E2, E3,...E11, apenas para organização da tabulação dos dados.

RESULTADOS

A população estudada contou com 11 profissionais, já que um deles não alcançou o perfil seletivo para o estudo. Observou-se que (10)90,91% eram do sexo feminino e a faixa etária mais prevalente dos profissionais é (8)72,73%, de 20 a 35 anos. Quanto ao grau de escolaridade, (7)63,64% tem pós graduação *Latu Sensu* e (7)63,64% atuam na UBS entre seis e dez anos. Além disso, (7) 63,64% trabalhavam em outra instituição.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos dos Profissionais. Alagoa Grande-PB, 2017

Dados	N	%
Faixa Etária		
20 - 35 anos	8	72,73%
36 - 55 anos	3	27,27%
Sexo		
Feminino	10	90,91%
Masculino	1	9,09%

Estado Civil		
Solteiro	4	36,36%
Casado	7	63,64%
Escolaridade		
Nível Superior	2	18,18%
Pós-graduação: <i>Latu Sensu</i>	7	63,64%
Pós-graduação: <i>Strictu Sensu</i>	2	18,18%
Tempo de Formação		
1 a 5 anos	4	33,36%
6 a 10 anos	7	63,64%
Faixa Etária		
20 - 35 anos	8	72,73%
36 - 55 anos	3	27,27%
Tempo de Trabalho na UBS		
1 a 5 anos	4	33,36%
6 a 10 anos	7	63,34%
Trabalha em outra Instituição		
Sim	7	63,64%
Não	4	36,36%
TOTAL	11	100%

De acordo com o gráfico 1, (8)73% dos profissionais não conhecem a patologia, os mesmos ainda afirmam não ter prestado assistência a nenhum portador. E, (7)64% não sabem identificar os sinais e sintomas apresentados nos pacientes com a síndrome, (8)73% não tem conhecimentos das possíveis complicações ocasionadas pela patologia e (10)91% não tem conhecimento do tratamento.

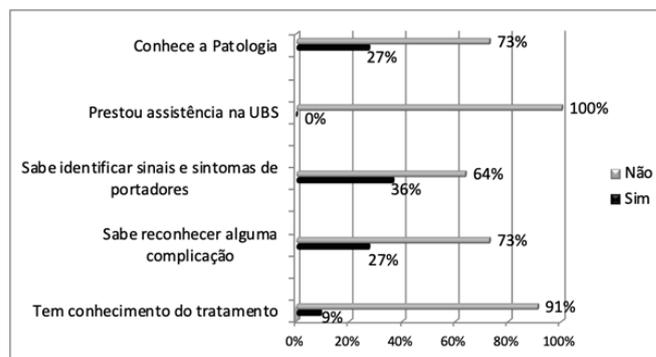


Gráfico 1- Informações referentes à Síndrome Pós-pólio. Alagoa Grande-PB, 2017.

Diante das informações colhidas dos profissionais que trabalham nas UBS, (3)27% conhecem a patologia e (4)36% identificam alguns tipos de sinais e sintomas da SPP, percebendo-se, portanto, a deficiência de informações do grupo pesquisado. Por outro lado, aqueles que responderam "sim" também relataram quais sinais e sintomas: "Deficiência motora, dificuldade do desenvolvimento do tônus muscular"(E1); "Deficiência física, tipo paralisia em um dos membros inferiores"(E2); "Febre alta; Paralisia flácida dos

MMII, fraqueza muscular” (E3); “Dificuldades locomotoras, atraso nos marcos do desenvolvimento”(E4).

Diante da coleta realizada, (3)27% sabe reconhecer alguma complicação. As principais complicações relatadas foram: “A Deficiência Física” (E2); “Paresia de MMII, Paraplegia de MMII, encurtamento de MMII”(E3); “Na puericultura: atraso nos marcos dos desenvolvimentos”(E4). Apenas (1)9% dos profissionais têm conhecimento sobre o tratamento realizado ao portador da SPP, que foi citado a “fisioterapia motora” (E3).

Também foi investigado junto aos profissionais, quais as fontes que eles utilizam para obtenção de conhecimento sobre a temática em seu dia a dia. Alguns profissionais responderam mais de uma opção, obtendo-se o seguinte resultado: (5)45,45 % em artigos, (3)27,27% em livros e, (4)36,36% em nenhum meio de informação (Tabela 2).

Tabela 2- Fontes de conhecimento sobre a Síndrome Pós-pólio. Alagoa Grande-PB, 2017.

Fonte de Conhecimento	Número de profissionais	%
Livros	03	27,27
Artigos	05	45,45
Jornal	01	9,09
Internet	04	36,36
Redes Sociais	01	9,09
Nenhum	04	36,36

A busca incessante pelo enriquecimento do conhecimento, produz profissionais aptos a intervir satisfatoriamente, assim quando indagado junto aos profissionais pesquisados que estratégias podem ser realizadas na busca por mais conhecimentos sobre o que é a SPP, obteve-se:

“Capacitação dos profissionais através de educação permanente, cursos de reações adversas pós vacinal” (E1); “Capacitação para os profissionais” (E2); “Atualização dos conhecimentos através das publicações do MS” (E3); “Sugiro que a pesquisadora explique seus conhecimentos com os entrevistados após o resultado das pesquisas coletadas, visto que a temática é pouco discutida e estudada” (E4); “Intervenções de educação continuada oferecidas pela gestão” (E5); “Campanhas da Secretaria Estadual e MS, para que assim nós profissionais possamos nos capacitar” (E6); “Palestras relacionadas ao tema abordado, livros, artigos entre outros” (E7); “Curso de aperfeiçoamento em vacina” (E8); “Mais capacitações sobre o tema, visto que a poliomielite é uma doença em erradicação no Brasil e casos são raríssimos” (E9); “Qualificação profissional/ educação permanente” (E10); “Inserção do tema nos conteúdo da atenção básica (manuseios, protocolos, cadernos, esclarecimentos na mídia)” (E11).

DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou prevalência do sexo feminino entre os entrevistados, resultado semelhante a outra realizada com 37 profissionais de Enfermagem, na cidade de Caruaru, agreste pernambucano. É oportuno salientar que a maioria dos trabalhadores de enfermagem são mulheres, predominância característica dessa profissão^{7,8}. Além disso, à maioria dos participantes dispõe de outro vínculo empregatício, o que, em muitas conjunturas, o trabalhador convive com a dupla jornada no intuito de melhorar as condições financeiras⁹.

A respeito da patologia referida, embora crônicos, os efeitos tardios da poliomielite podem ser minimizados nos seus sintomas, mediante determinadas orientações. No entanto, percebe-se ser insuficiente esse conhecimento pela maior parte dos profissionais, o que limita a sua intervenção (10). Esse fato é corroborado com a pesquisa, quando mais da metade dos entrevistados relatam não saber identificar os sinais e sintomas apresentados pelos paciente, além dos mesmos ainda afirmarem não ter prestado assistência a nenhum portador, o que sinaliza para a possibilidade de existência de casos, porém confundidas com outras patologias com sintomatologias semelhantes.

Outro sim, quando a maioria não consegue identificar os sinais e sintomas apresentados nos pacientes, evidencia uma problemática bastante relevante. É importante que aqueles que fazem parte da assistência saibam caracteriza-los a partir do aparecimento de fraqueza muscular, depressão, fadiga, insônia, dores musculares e nas articulações, dor nos membros pela presença do frio, provocando uma redução da capacidade funcional de membros e/ou no surgimento de novas incapacidades, além de dificuldade de deglutição e respiração, como forma de intervir previamente, evitando assim situações mais graves¹¹.

Quanto a desconhecem as possíveis complicações ocasionadas pela patologia, é preciso ressaltar que, embora possam ser confundidas, muitas vezes, com outras patologias, elas relacionam-se as mudanças e alterações motoras e funcionais que podem interferir na forma do próprio corpo e comprometer a manutenção da estética corporal. A piora do quadro clínico varia de acordo com cada indivíduo, mudando assim suas atividades diárias e a vida cotidiana⁵.

Esses profissionais precisam saber também, que após a reativação do vírus, sintomas como febre e diarreia se apresentam, período em que começa a sua fase de ativação atingindo o sistema nervoso, o sistema gástrico e a corrente sanguínea, podendo levar vários danos ao indivíduo, chegando a afetar neurônios motores e acarretando sequelas como paralisia e atrofia dos membros³⁻⁴.

Ainda sobre o estudo, quando se constatou que uma minoria tem conhecimento sobre o tratamento realizado ao

portador da SPP, torna-se pertinente conhecer que alguns métodos como, terapia aquática e fisioterapias têm sido colocados em prática para atendimento dessas pessoas, produzindo grande êxito no cuidado de alguns casos, mesmo que com pouco avanço na melhora, porém funcionando como tratamentos paliativos, para que a tomada de decisões torne-se positiva⁵.

No entanto, mesmo a pesquisa apontando para o desconhecimento dos profissionais sobre diversos pontos da temática, percebe-se interesse em preencher essa lacuna, já que a maioria afirma buscar informações em fontes de conhecimentos, especialmente em artigos científicos. Entretanto, quando para a composição e discussão do assunto, com busca de pesquisas recente, comprovou-se limitados registros atuais e poucas pesquisas sobre a temática.

No que tange a necessidade de fomentar o conhecimento, os participantes da pesquisa também pontuaram sobre a importância de capacitações/educação permanente para seu auto aperfeiçoamento. Assim, a educação permanente é compreendida como a educação que se desenvolve no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. É uma das modalidades de educação no contexto laboral, a fim de dar respostas às transformações ocorridas no mundo do trabalho, deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores¹³.

Em capacitações as informações dadas à equipe multiprofissional podem contribuir para melhor assistência às pessoas com a SPP. Assim, os profissionais estarão preparados para esclarecer sobre o problema e encaminhar aos serviços especializados. Para tanto, é necessário que os casos sejam mais bem investigados e avaliados¹².

Em 2012, a poliomielite foi declarada uma emergência global, depois de serem registrados surtos considerados explosivos em países que, até então, estavam livres da doença e, como consequência, a SPP¹⁴.

Diante disso, é de suma importância o conhecimento dos profissionais, no caso do estudo, os de enfermagem sobre a patologia como forma de identificar casos novos atendidos nas unidades que por vezes podem passar despercebidos ou confundidos com outras enfermidades, empregando assim um tratamento eficaz, promovendo assim uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Limitações do estudo

Embora a pesquisa busque contribuições significativas para o cuidado de enfermagem, houve certa dificuldade em relação ao tempo disponível dos entrevistados devido a demanda de atendimento no serviço. No entanto, tal situação não impossibilitou que a mesma acontecesse satisfatoriamente.

Contribuições para a prática

Considerando a evidente necessidade dos profissionais de saúde em manter-se em constante processo de atualização, uma vez que a cada dia a assistência prestada ao paciente oferece novos desafios, espera-se que o estudo em questão possa oferecer subsídios ao fomentar o conhecimento dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, com vistas a promover uma excelente atuação na prática.

CONCLUSÃO

Diante os relatos obtidos da entrevista aos profissionais, percebe-se uma deficiência sobre o tema abordado, quanto ao conhecimento do que é a Síndrome pós-poliomielite, os sinais e sintomas, complicações e tratamentos adequados e específicos e meios que venham proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas acometidas com a síndrome.

O aspecto positivo da pesquisa foi o relatado dos profissionais em buscar informações sobre o tema. Os profissionais demonstraram grande interesse sobre a SPP desde a imunização da poliomielite, as normas de adequação e armazenamento da vacina na Unidade Básica de Saúde, até as possíveis complicações que a doença ou a aplicação do imunobiológico podem ocasionar à criança.

Com isso, os profissionais necessitam de uma qualificação adequada, que seja em parceria com município, estados e governo federal, visto que a Síndrome é pouco debatida e divulgada. Os profissionais precisam estar aptos, qualificados a receber o paciente na rede pública com maior segurança, e poder encaminhá-lo ao serviço especializado.

Contribuição:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Nadia Shirley Correia Sobral Soares, Flavia Nunes Ferreira de Araujo, Maria Janine Pereira Fernandes, Maria Zélia Araujo, Francisca Martins Silva, Bárbara Jeane Pinto Chaves:

REFERÊNCIAS

1. Quadros AAJ, Conde MTRP, Marin LF, Silva HCA, Silva TM, Paula BEM, et al. Frequency and clinical manifestations of post-poliomyelitis syndrome in a Brazilian tertiary care center. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 29]; 70(8):571-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v70n8/v70n8a02.pdf>
2. Viana CF, Pradella-Hallinan M, Quadros AAJ, Marin LF, Oliveira ASB. Circadian variation of fatigue in both patients with paralytic poliomyelitis and post-polio syndrome. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 29]; 71(7):442-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v71n7/0004-282X-anp-71-07-442.pdf>
3. Garip Y, Eser F, Bodur H, Baskan B, Sivas F, Yilmaz O. Qualidade de vida relacionada com a saúde em sobreviventes turcos da pólio: impacto pós-pólio na saúde relacionada com a qualidade de vida em termos de estado funcional, gravidade da dor, fadiga e funcionamento social e emocional. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 29]; 57(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n1/0482-5004-rbr-57-01-0001.pdf>
4. Pereira RDB, Silva TM, Quadros AAJ, Orsini M, Schmidt B, Silva HCA, et al. Assessment of energy expenditure in individuals with post-poliomyelitis syndrome. *Arq Neuro-Psiquiatr*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 29]; 75(3):147-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v75n3/0004-282X-anp-75-03-0147.pdf>
5. Lira CAB, Minozzo FCi, Sousa BS, Vancini RL, Andrade MS Quadros AAJ, et al. Função pulmonar em pessoas com síndrome pós-poliomielite: um estudo transversal. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 06]; 39(4):455-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n4/1806-3713-jbpneu-39-04-0455.pdf>
6. Nascimento DR. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 08]; 16(2):501-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a13.pdf>
7. Aquino M, Barros LP, Brito AS, Ferreira EB, Medeiros SEG, Santos ER. Centro de material e esterilização: acidentes de trabalho e riscos ocupacionais. *Rev SOBCEC* [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 12]; 19(3):148-54. Available from: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n3/06_sobecc.pdf
8. Tanabe LP, Kobayashi RM. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do Programa de Aprimoramento Profissional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 18]; 47(4):943-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0943.pdf
9. Rocha MCP, Martino MMF Grassi-Kassisse DM, Souza AL. Stress among nurses: an examination of salivary cortisol levels on work and day off. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013 Oct [cited 2017 Dec 21]; 47(5):1187-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1187.pdf>
10. Orsini M, Kale JN, Mello MP, Machado D, Bastos VH, Joppert D, et al. Gerenciamento da dor na Síndrome Pós-poliomielite: estudo de caso. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 21]; 18(4):382-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n4/15.pdf>
11. Ventura T. Poliomielite e seus efeitos tardios: viver ao ritmo da doença. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 29]; 31(5):326-33. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n5/v31n5a06.pdf>
12. De Biase NG, Moraes BT, Leb MDA, Korn GP, Padovani M, Moraes M, et al. Manifestações faringo-laringeas da síndrome pós-poliomielite. *Arquivos Int Otorrinolaringol (Impr.)* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 21]; 15(4):529-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/aio/v15n4/a19v15n4.pdf>
13. Sade PM, Peres AM. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 08]; 49(6):988-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/0080-6234-reeusp-49-06-0991.pdf>
14. Durante ALTC, Poz MRD. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 17]; 38(100):129-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140007>

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS EM ACIDENTES COM PERFUROCORANTES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

José Aderval Aragão³, Leticia Moreira Fontes², Iapunira Catarina Sant'Anna Aragão³, Felipe Matheus Sant'Anna Aragão⁴, Francisco Prado Reis⁴

Objetivo: Determinar a ocorrência de exposição ocupacional a fluidos biológicos em acidentes com perfurocortantes na equipe de enfermagem hospitalar. **Métodos:** Avaliou-se 747 profissionais, com base em questionários para acidentes de trabalho, mediante entrevista. **Resultados:** Dos 747 entrevistados, 53,9% sofreram acidentes com perfurocortantes. O risco aumentado de sofrer acidentes relacionou-se com o sexo feminino, horário diurno de trabalho e profissões técnico e auxiliar de enfermagem. Grande parte dos acidentes ocorreu por reencape de agulhas e descarte inadequado dos materiais, por falta de atenção. Mais de um terço dos acidentados não comunicou o acidente. **Conclusão:** Os profissionais estudados mantêm posturas de risco que devem ser combatidas com políticas de educação em saúde, reforçando a importância da comunicação das ocorrências

Descritores: Agentes biológicos; Acidentes ocupacionais; Ferimentos penetrantes; Equipe de enfermagem.

OCCUPATIONAL EXPOSURE TO BIOLOGICAL FLUIDS IN ACCIDENTS WITH PROFILING ON THE HOSPITAL NURSING TEAM

Objective: To determine the occurrence of occupational exposure to biological fluids in sharps injuries in the hospital nursing team. **Methods:** A total of 747 professionals were interviewed, based on questionnaires for work accidents. **Results:** Of the 747 interviewees, 53.9% suffered accidents by sharp instruments. The increased risk of accidents was related to the female sex, daytime work hours and nursing technician and assistant professions. A large part of the accidents occurred due to needle recapping and inadequate disposal of materials, due to lack of attention. More than a third of the victims did not report the accident. **Conclusion:** The studied professionals have attitudes of risk that must be tackled with policies of health education, reinforcing the importance of the communication of occurrences.

Descriptors: Biological factors; Accidents, occupational; Wounds, penetrating; Nursing, team.

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS EN ACCIDENTES COM PERFUROCORANTES EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Objetivo: Exposición ocupacional a fluidos biológicos en accidentes con punzocortantes en el equipo de enfermería hospitalaria. **Métodos:** Se evaluaron 747 profesionales, con base en cuestionarios para accidentes de trabajo, mediante entrevista. **Resultados:** De los 747 entrevistados, 53,9% sufrieron accidentes con punzocortantes. El riesgo aumentado de sufrir accidentes se relacionó con el sexo femenino, horario diurno de trabajo y profesiones técnicas y auxiliares de enfermería. Gran parte de los accidentes ocurrió por reencape de agujas y descarte inadecuado de los materiales, por falta de atención. Más de un tercio de los accidentes no comunicó el accidente. **Conclusión:** Los profesionales estudiados mantienen posturas de riesgo que deben ser combatidas con políticas de educación en salud, reforzando la importancia de la comunicación de las ocurrencias.

Descritores: Factores Biológicos; Accidentes de trabajo; Heridas penetrantes; Grupo de Enfermería.

¹Departamento de Morfologia e Pós-Graduação, Universidade Federal de Sergipe-UFS, Universidade Tiradentes-UNIT, Aracaju, Sergipe, Brazil.

²Universidade Federal de Sergipe-UFS.

³Centro Universitário de Volta Redonda-UNIFOA, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade Tiradentes- UNIT.

INTRODUÇÃO

Os acidentes ocupacionais são agravos de grande impacto à saúde pública, que podem levar a consequências temporárias e até incapacidade permanente. Os acidentes que envolvem material biológico são especialmente preocupantes pela possibilidade de transmissão de doenças infectocontagiosas altamente incapacitantes, quando não letais, como AIDS e Hepatite⁽¹⁾.

Os profissionais de enfermagem têm sido apontados como a classe mais vulnerável aos acidentes com material biológico. Isto possivelmente seria devido, sobretudo, por estarem em contato prolongado e constante com os pacientes, durante a realização de procedimentos envolvendo a manipulação de materiais perfurocortantes, responsáveis por grande parte dos acidentes^(2,3).

Pesquisas realizadas no Brasil identificaram grande incidência de acidentes com material biológico^{2,4}, assim como altos índices de subnotificação⁽⁵⁾. Esta subnotificação tem ocorrido a despeito da existência de órgãos como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ambos direcionados à prevenção de acidentes ocupacionais e doenças decorrentes do trabalho.

Desse modo dados epidemiológicos acerca deste tema tornam-se muito importantes para colaborar com o desenvolvimento de estratégias públicas, a educação em saúde e a prevenção desse tipo de agravo. O presente trabalho teve por objetivo determinar a ocorrência de exposição ocupacional a fluidos biológicos em acidentes com perfurocortantes na equipe de enfermagem hospitalar.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com desenho transversal

Participantes da pesquisa

Foram incluídos no estudo toda equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) de dois hospitais da rede pública de Aracaju/SE no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014. Foram excluídos os profissionais que, no período da coleta, estavam em férias ou não desejaram fazer parte da pesquisa.

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais, um destinado ao atendimento de urgências e emergências de média e alta complexidade, recebendo demanda de todo o estado além de cidades de outros estados nordestinos, principalmente os da Bahia e de Alagoas. O outro destina-se à realização de

cirurgias eletivas e atendimento referenciado de urgências.

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de um questionário previamente elaborado especificamente para este estudo com base no instrumento proposto pela National Institute for Occupational Safety and Health^(NIOSH, 1999).

Análise dos dados

O banco de dados foi construído em planilha Excel e posteriormente exportado para o programa SPSS 19.0 versão teste para a análise estatística. As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas com frequências simples e porcentagem e, para as variáveis-desfecho, intervalo de confiança de 95% (IC95%). A estimativa do IC95% foi realizada mediante a técnica de *bootstrap*, considerando-se 1000 re-amostragens com reposição de tamanho de 747. O nível de confiança foi 0,05 para erro e poder de 0,80 e os testes assumidos como bicaudais. Para análise dos fatores associados ao evento acidente foi utilizada a regressão logística, considerando-se para entrada no modelo $p=0,35$ e para permanência no mesmo $p=0,05$ e calculadas as razões de chances, ou *odds ratio* (OR) simples e ajustadas.

Procedimentos éticos

Depois de explicado os objetivos do estudo, todos os sujeitos eram convidados a participar da pesquisa, e solicitados a assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Sergipe e aprovado sob o protocolo nº: CAAE - 0131.0.107.000-10.

RESULTADOS

Dos 747 profissionais de enfermagem, componentes das equipes dos dois hospitais públicos pesquisados: 314 (42%) eram auxiliares de enfermagem, 342 (45,8%) técnicos de enfermagem e 91 (12,2%) enfermeiros. A idade média foi de $38,5 \pm 9,3$ anos, com a mínima de 20 e a máxima 66 anos de idade, sendo 591 (79,1%) do sexo feminino e 156 (20,9%) do masculino.

Os profissionais tinham em média $9,5 \pm 7,9$ anos de tempo de serviço nas instituições, com mínimo de 1 mês e máximo de 39 anos. Dos entrevistados, 25% tinham uma permanência de trabalho de até 2,8 anos, 50% até 6,3 anos e 25% mais do que 16,5 anos.

Quanto ao tempo de experiência profissional dos entrevistados: 25% tinham até 5,5 anos, 50% até 11 anos e 25% tinham mais de 20 anos de experiência profissional. A média foi de $12,6 \pm 8,8$ anos, com mínimo de 1 mês e máximo

de 43 anos.

Analizando a cobertura vacinal contra a hepatite B, foi encontrada uma alta porcentagem de indivíduos não imunizados, e também que ignoraram a pergunta. Estes indivíduos representaram quase um quinto do total dos profissionais (131; 17,5%).

A frequência de acidentes com materiais perfurocortantes foi de 53,9% (403/747) com IC 95% de 50,1 a 57,6%. Mais de um terço dos entrevistados não notificou a ocorrência (144; 35,7%). Dos 259, 121 (46%) notificaram à CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), 96 (37,1%) ao SESMT e 25 (9,6%) aos chefes de setores, enquanto 17 não responderam qual foi o órgão notificado.

Dentre os fatores sócio-demográficos associados à ocorrência dos acidentes, a média de idade dos profissionais acidentados foi significativamente maior ($p=0,029$) em relação ao grupo dos não acidentados. Foi encontrada uma relação entre o gênero e os episódios de acidentes perfurocortantes, com uma maior frequência do sexo feminino no grupo dos acidentados ($p<0,0001$). Houve também associação entre o nível de escolaridade e a ocorrência de acidentes ($p=0,015$), com um percentual menor entre os indivíduos de nível superior completo. A situação de estado civil não apresentou relação com a ocorrência de acidentes ($p=0,55$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem segundo a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes (N=747)

VARIÁVEIS	Acidentados n=403	Não acidentados n=344	p*
Idade¹	39,2 ± 8,8	37,7 ± 9,9	0,029
Sexo, n(%)			
Feminino	351 (87,1)	240 (69,8)	<0,0001
Masculino	52 (12,9)	104 (30,2)	
Estado civil, n(%)			
Solteiro	142 (35,2)	135 (39,2)	0,55
Casado	187 (46,4)	156 (45,3)	
Divorciados	43 (10,7)	35 (10,2)	
Viúvos	6 (1,5)	5 (1,5)	
Outros	25 (6,2)	13 (3,8)	
Grau de escolaridade, n(%)			
Ensino médio incompleto	6 (1,5)	10 (3,0)	0,015
Ensino médio completo	271 (67,2)	210 (61,0)	
Ensino superior incompleto	47 (11,7)	30 (8,7)	
Ensino superior completo	79 (19,6)	94 (27,3)	

¹Idade em anos expressa como média e desvio padrão;
*comparação entre os grupos acidentados e não acidentados. Teste t de Student para dados independentes. Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

houve associação significativa ($p<0,0001$), com frequência maior entre os auxiliares de enfermagem e menor entre os enfermeiros. Não foi encontrada relação entre os setores de trabalho no hospital e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes ($p=0,069$). A análise mostrou maior tempo de exercício profissional e de serviço no hospital entre os profissionais acidentados, quando comparados aos não acidentados, com diferença significativa ($p=0,04$ e $0,006$ respectivamente). Ademais, observou-se que o turno noturno de trabalho esteve associado com menor ocorrência de acidentes ($p=0,018$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados conforme a categoria profissional, setor de trabalho no hospital, tempos de exercício na profissão e de serviço na instituição e turno noturno de trabalho (N= 747)

VARIÁVEIS	Acidentados n=403	Não acidentados n=344	p*
Categoria profissional, n(%)			
Enfermeiro	22 (5,5)	69 (20,1)	<0,0001
Técnico de enfermagem	188 (46,7)	154 (44,8)	
Auxiliar de enfermagem	193 (47,9)	121 (35,2)	
Setor de trabalho, n(%)			
Alas cirúrgicas ¹	103 (25,6)	89 (25,9)	0,069
Alas médicas ²	110 (27,3)	80 (23,2)	
CME ³	19 (4,7)	6 (1,7)	
Pronto-socorro adulto	110 (27,3)	96 (28,0)	
UTI ⁴	32 (7,9)	35 (10,2)	
Alas pediátricas ⁵	29 (7,2)	38 (11,0)	
Tempo de exercício na profissão⁶	13,3 ± 8,4	12 ± 9,2	0,04
Tempo de serviço na instituição⁶	10,3 ± 7,6	8,7 ± 8,2	0,006
Turno noturno, n(%)	145 (36,0)	153 (44,5)	0,018

¹Centro cirúrgico, enfermaria cirúrgica e clínica cirúrgica;

²Enfermaria médica, clínica médica e clínicas de especialidades;

³Centro de Material e Esterilização; ⁴Unidade de Terapia Intensiva;

⁵Inclui pronto-socorro infantil;

⁶Tempo em anos expresso como média e desvio padrão.

*comparação entre os grupos acidentados e não acidentados. Teste t de Student para dados independentes. Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) foi mais frequente (97,5%) entre os profissionais acidentados, em comparação com os não acidentados (89,2%), com diferença significativa ($p<0,0001$). Os achados referentes aos tipos de EPIs utilizados estão detalhados no Gráfico¹.

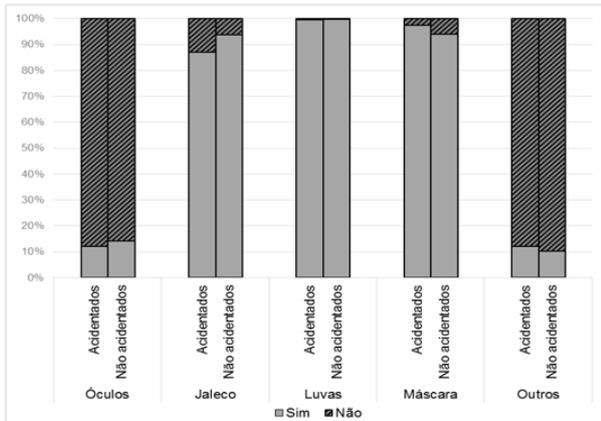


Gráfico 1. Distribuição dos 747 profissionais entrevistados conforme a utilização dos diferentes tipos de EPIs (equipamentos de proteção individual).

A análise por regressão logística mostrou que as variáveis sexo, categoria profissional e horário noturno apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência de acidentes. A chance estimada de um profissional do sexo feminino sofrer acidente com instrumentos perfurocortantes foi quase três vezes maior que a de um profissional do sexo masculino (OR=2,67; IC95%=1,82-3,91; $p < 0,0001$). Os técnicos e os auxiliares de enfermagem apresentaram aproximadamente quatro a cinco vezes mais chance de se acidentarem do que os enfermeiros (OR=3,88; IC95%=2,27-6,64; OR=4,67; IC95%=2,71-8,04). Profissionais que não trabalhavam em horário noturno apresentaram uma pequena chance a mais de sofrer esses acidentes em relação aos que trabalhavam à noite (OR=1,49; IC95%=1,10-2,03). Quando questionados sobre o horário das ocorrências, a frequência de acidentes foi quase nove vezes maior no turno da manhã (360; 89,3%), quando comparados à soma dos demais turnos (43; 10,6%), e que mais da metade do total dos acidentes ocorreu no meio da jornada de trabalho (258; 64%).

Embora a variável tempo de exercício profissional não tenha sido associada com a ocorrência de acidentes no modelo da regressão logística, foi observado que os técnicos e os auxiliares tinham em média 4,41 e 5,75 anos a mais na profissão, respectivamente, do que os enfermeiros, tendo sido a diferença entre as médias considerada estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

A pele foi a superfície majoritariamente (88,3%; 356) atingida nos acidentes por exposição aos fluidos biológicos, seguida da mucosa (6,7%; 27), pele e mucosa (2,2%; 9), e não especificado (2,8%; 11). O sangue foi o fluido orgânico com o qual os profissionais tiveram mais contato na maioria dos acidentes (72%; 290). Outros fluidos também mencionados foram: líquido (2,5%; 10), líquido pleural (1,7%; 7), líquido

ascítico (2,2%; 9), não especificado (21,6%; 87). As agulhas foram responsáveis por 71% (286) dos acidentes produzidos pelos agentes perfurocortantes. Outros instrumentos mencionados foram: vidro (6,7%; 27), tesoura (1%; 4), lâmina de bisturi/lanceta (6,9%; 28), ignorado (14,4%; 58).

Grande parte dos profissionais atribuiu a ocorrência dos acidentes a fatores inerentes às condições de trabalho do hospital (espaço físico inadequado, uso de material inadequado). Esses fatores figuraram como quase um terço do total, e a segunda razão mais frequente, para a ocorrência dos acidentes, após a falta de atenção. A distribuição das circunstâncias dos acidentes mostrou que os procedimentos envolvendo a manipulação de agulhas (reencape de agulha, administração de medicamentos e punção venosa/arterial) somaram mais de metade das ocorrências (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos profissionais da enfermagem acidentados quanto à causa atribuída ao acidente e a circunstância da ocorrência (N = 403)

VARIÁVEIS	TOTAL	%	VARIÁVEIS	% (n)	IC 95%
Causa atribuída			Circunstância		
Não utilização de EPIs no momento do acidente	27	6,7	Reencapamento de agulha	30 (121)	25,6-34,7
Fadiga/cansaço	58	14,4	Administração de medicamentos	21,1 (85)	17,1-25,1
Falta de atenção	122	30,3	Descarte inadequado de material perfurocortante	14,9 (60)	11,4-18,6
Espaço físico inadequado	62	15,4	Manipulação de caixa com material perfurocortante	3,2 (13)	1,5-5,0
Inexperiência	14	3,5	Punção venosa/arterial	13,1 (53)	9,9-16,6
Paciente inquieto	5	1,2	Lavagem de materiais	6,2 (25)	4,0-8,4
Uso de material inadequado	56	13,9	Outros	6,5 (26)	4,2-8,9
Descarte inadequado de material perfurocortante	50	12,4	Ignorado	5 (20)	3,0-6,9
Falta de treinamento quanto ao uso do material	4	1,0			
Outros	5	1,2			

DISCUSSÃO

No presente estudo foi encontrada uma frequência de 53,9% de acidentes por instrumentos perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem expostos a fluidos biológicos no trabalho. Esse achado tem semelhança ao relatado, no Brasil, por outros autores^(4,6). Achados semelhantes foram também relatados por autores em países como Tailândia⁽⁷⁾, Paquistão⁽⁸⁾ e Quênia⁽⁹⁾, cuja frequência variou de 45,7 a 55,5%. Tais achados parecem indicar que esse tipo de acidente tem se tornado um problema de saúde pública no mundo.

Ao lado da frequência de ocorrência desses acidentes, parece grave a situação relativa ao problema de sua subnotificação. Nos hospitais pesquisados, mais de um terço desses acidentes não têm sido notificados. Estudos acerca das razões para esta subnotificação pelos profissionais da

saúde^(7,10) relatam justificativas como a falta de tempo e o julgamento por parte do profissional de que o acidente não era grave. Desse modo é possível inferir que esses profissionais não estejam conscientes do grande perigo que representa tal tipo de acidente, o que vem reforçar a necessidade das políticas de educação em saúde.

Um achado que podemos admitir como, ao menos, contraditório foi o de que os profissionais acidentados tinham uma maior idade, tempo de exercício profissional e de serviço nas instituições que trabalhavam. O aumento da idade pode desencadear alterações cognitivas, como mudança no estado de alerta ou atenção, que adicionados a aspectos psicossociais como o estresse e a fadiga mental, podem levar ao sério comprometimento das condições de saúde e conseqüentemente de trabalho dos profissionais⁽¹¹⁾. Um estudo em 2011 procurou compreender, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, o significado dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Os autores concluíram que a ocorrência de tais acidentes tem grande relação com a imprudência profissional, que pode estar relacionada à experiência e à prática adquirida durante vários anos de exercício profissional, que os leva a adquirirem uma postura de autoconfiança, não modificando comportamentos de risco mesmo quando reconhecem os perigos a que estão expostos⁽¹²⁾. Corroborando esse fato, foi constatada que a subnotificação de acidentes foi significativamente maior entre os funcionários que tinham 10 anos ou mais de experiência na profissão⁽¹⁰⁾.

Dos grupos profissionais de enfermagem que mais sofreram acidentes o destaque ficou para os auxiliares e técnicos de enfermagem. Este achado está em concordância com o relatado por diversos autores^(2,13,14). Esses autores justificaram seus achados destacando que: essas categorias representam a maior parcela de profissionais em uma equipe de enfermagem; o tipo de trabalho exercido requer a manipulação constante de materiais perfurocortantes; e o tempo maior de contato com os pacientes. O tipo de formação/educação oferecida para essas categorias pode também estar associada com o aumento do risco desse tipo de acidente⁽⁶⁾.

A maior ocorrência dos acidentes durante o turno de trabalho da manhã (89,3%) pode estar relacionada ao fato de que este seja o horário de maior atividade dos hospitais. Isto pode ser atribuído a que o maior fluxo de pacientes demanda maior agilidade no atendimento, predispondo à ocorrência de acidentes por pressa, em detrimento da falta de atenção. Paradoxalmente os profissionais que trabalhavam à noite foram os que menos sofreram acidentes. Os próprios profissionais nomearam tais fatores como a principal causa de acidentes (30,3%). Os fatores inerentes às condições

de trabalho do hospital (espaço físico inadequado, uso de material inadequado), foram mencionados como a segunda maior causa (29,3%). Dessa maneira, merece ser destacado que não basta apenas o profissional ter treinamento para execução dos procedimentos, mas também contar com as adequadas condições do seu local de trabalho, em acordo com as normas de segurança, para garantirem a prevenção dos acidentes.

Embora tenha sido significativa a utilização de EPIs pelo grupo dos acidentados, foi constatado que o uso de tais equipamentos não evitaram, em boa parte dos profissionais, as lesões perfurocortantes, ocorridas usualmente após o rompimento de luvas.

A maior ocorrência de acidentes foi encontrada nos seguintes procedimentos: reencape de agulhas (30%), administração de medicamentos (21,1%), descarte inadequado de material perfurocortante e punção de vasos (13,15%). Estes achados são diferentes dos relatados na literatura brasileira e estrangeira, em que foram relatados percentuais de 1,6 a 13% para o procedimento de reencape de agulhas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Foram entretanto, semelhantes quanto ao descarte inadequado de materiais, relatados com percentuais de 10,16 a 12,9% pelos mesmos autores. O reencape de agulhas é um hábito frequente entre os profissionais de saúde e, embora esteja associado com a ocorrência de acidentes, foi encontrado que um em cada cinco profissionais acreditava que reenapar agulhas era uma prática apropriada e segura⁽¹⁸⁾.

Na Índia, foi relatado que, apesar de esforços educacionais regulares e intensivos, a maioria dos acidentes ocorreram quando os procedimentos padrões não foram seguidos, enquanto que em uma proporção muito menor ocorreram acidentes apesar de terem sido seguidas as precauções adequadas⁽¹⁹⁾. Nos Emirados Árabes Unidos, foi relatado que o risco de sofrer uma lesão quase duplicou entre os profissionais que não estavam em conformidade com as precauções padrão (19% contra 31%), dentre as quais incluíram a disponibilidade frequente de caixas de perfurocortantes e evitar reenapar agulhas e/ou retirá-las de seringas e após o uso⁽²⁰⁾. O conhecimento acerca de tais precauções exerce um grande impacto sobre a atitude do indivíduo com as mesmas, o que resultará em menos ocorrências como o acidente através de instrumentos perfurocortantes.

Limitações do estudo

Foi a não aplicação de medidas educativas e preventivas no período da realização do estudo na promoção, conscientização e capacitação dos profissionais da equipe de Enfermagem quanto às situações que representam risco ocupacional, tornando possível a mudança de comportamento, bem como as subnotificações de acidentes de trabalho.

Contribuição do estudo

Fornecer informações sobre os fatores de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, e levar uma proposta para as instituições para realização de campanhas no que diz respeito à prevenção de acidentes, notificação abrangente dos acidentes, acompanhamento dos trabalhadores que sofreram acidente, realização de capacitações quanto ao uso dos novos perfurocortantes e utilização dos dispositivos de segurança.

CONCLUSÃO

A exposição ocupacional a fluidos biológicos em acidentes com perfurocortantes na equipe de enfermagem hospitalar é alta. Há fatores inerentes às condições de trabalho dos profissionais que predispõem a um risco aumentado de acidentes. Por outro lado, posturas de risco tais como

reencepe de agulhas e descarte inadequado dos materiais perfurocortantes, ou seja, a não adesão às precauções básicas, também contribuem para a elevada ocorrência de acidentes. Essas práticas devem ser foco de políticas de educação em saúde, aliadas ao reforço da importância da notificação das ocorrências, uma vez que a subnotificação parece representar um dos principais obstáculos para o diagnóstico do problema.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, Análise e interpretação dos dados, Redação do artigo, Revisão crítica, Revisão final: Leticia Moreira Fontes¹, Iapunira Catarina Sant'Anna Aragão, Felipe Matheus Sant'Anna Aragão, Francisco Prado Reis, José Aderval Aragão.

REFERÊNCIAS

- Goniewicz M, Włoszczak-Szubzda A, Niemcewicz M, Magdalena W, Marciniak-Niemcewicz A, Jarosz MJ. Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers - international and Polish perspectives. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2012; 19(3): 523-27. Available from: <http://www.aem.pl/Injuries-caused-by-sharp-instruments-among-healthcare-workers-international-and-Polish,71814,0,2.html>
- Barros DX, Tipple AFV, Lima LKOL, Souza ACS, Neves ZCP, Salgado TA. Análise de 10 anos de acidentes com material biológico entre a equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2016; 18(e1157): 1-11. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35493/21259>
- Amaro Junior AS, Custódio JMO, Rodrigues VPS, Nascimento JMO. Risco biológico no contexto da prática de enfermagem: uma análise de situações favorecedoras. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2015;5(1):42-6. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5396>
- Pimenta FR, Ferreira MD, Gir E, Hayashida M, Canini SRMS. Care and specialized clinical follow-up of nursing professionals who have been victims of accidents with biological material. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(1): 198-204. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a25v47n1.pdf
- Gomes AGM, Sabino TC, Negreiros RV. Acidentes de trabalho com materiais biológicos entre profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista UninCor.* 2016;14(2): 1119-27. Available from: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaincor/article/view/2697/pdf_601
- Machado MRM, Machado FA. Work-related accidents with biological material among nursing staff from General Hospital in Palmas, state of Tocantins, Brazil. *Rev. bras. saúde ocup.* 2011; 36(124): 274-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n124/a11v36n124.pdf>
- Honda M, Chompikul J, Rattanapan C, Wood G, Klungboonkrong S. Sharps Injuries among Nurses in a Thai Regional Hospital: Prevalence and Risk Factors. *Int. J. Occup. Environ. Med.* 2011; 2(4): 215-23. Available from: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/109/215>
- Janjua NZ, Khan MI, Mahmood B. Sharp injuries and their determinants among health care workers at first-level care facilities in Sindh Province, Pakistan. *Trop. Med. Int. Health.* 2010; 15(10): 244-51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-3156.2010.02610.x>
- Mbaisi EM, Ng'ang'a Z, Wanzala P, Omolo J. Prevalence and factors associated with percutaneous injuries and splash exposures among health-care workers in a provincial hospital, Kenya, 2010. *Pan African Medical Journal.* 2013; 14:10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3597860/pdf/PAMJ-14-10.pdf>
- Voidea C, Darling KEA, Kenfak-Foguena A, Erarda V, Cavasini M, Lazor-Blanchet C. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital. *Swiss Med. Wkly.* 2012; 142: 1-7. Available from: <https://smw.ch/article/doi/smw.2012.13523>
- Galon T, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Occupational accidents with biological material at a university hospital in São Paulo. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(3): 673-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a17.pdf>
- Magagnini MAM, Rocha SA, Ayres JA. The meaning of accidents with biological material to nursing professionals. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):302-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a13v32n2.pdf>
- Valim M, Marziale M. Notification of work accidents with exposure to biological material: cross study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2012; 11(1): 51-64. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3614/361441676006.pdf>
- Julio RS, Filardi MBS, Marziale MHP. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. *Rev. bras. enferm.* 2014;67(1): 119-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0119.pdf>
- Noronha DD, Vieira MRM, Vieira MM, Magalhães TA, Leite MTS. Occupational accidents occurred between the professionals of the health of the University Hospital Clemente de Faria (UHCF). *Motricidade.* 2012; 8(2): 67-77. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2730/273023568009/index.html>
- Chaiwarith R, Ngamsrikam T, Fupinwong S, Sirisanthana T. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids among Healthcare Workers in a Teaching Hospital: an Experience from Northern Thailand. 2013; *Jpn. J. Infect. Dis.* 66: 121-5. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/yoken/66/2/66_121/_pdf/-char/en
- Frijstein G, Hortensius J, Zaaier HL. Needlestick injuries and infectious patients in a major academic medical centre from 2003 to 2010. *Neth. J. Med.* 2011; 69(10): 465-8. Available from: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1115>
- Butsashvili M, Kamkamidze G, Kajaia M, Morse DL, Triner W, DeHovitz J et al. Occupational exposure to body fluids among health care workers in Georgia. *Occupational Medicine.* 2012; 62: 620-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612004/pdf/kqs121.pdf>
- Jayanth ST, Kirupakaran H, Brahmadathan KN, Gnanaraj L, Kang G. Needle stick injuries in a tertiary care hospital. 2009; *Indian J Med Microbiol.* 27(1): 44-7. Available from: <http://www.ijmm.org/article.asp?issn=2009;volume=27;issue=1;spage=44;epage=47;aulast=Jayanth>
- Jacob A, Newson-Smith M, Murphy E, Steiner M, Dick F. Sharps injuries among health care workers in the United Arab Emirates. *Occupational Medicine* 2010; 60: 395-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20407045>

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM SUBPOPLAÇÃO DO ESTADO DE SERGIPE

Ana Thaís Fontes Santos¹, Elizabete Teixeira da Silva¹, Mariana Costa Larré¹, Ana Dorcas de Melo Inagaki¹, José Rodrigo Santos Silva¹
Ana Cristina Freire Abud¹

Objetivo: Detectar a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2, ocorrência de fatores de risco e complicações em uma subpopulação do estado de Sergipe. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado por meio de formulário contemplando dados sociodemográficos e clínicos do paciente. A amostra foi obtida por conveniência, com 307 pacientes. As variáveis categóricas foram avaliadas pelo Teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher e adotada significância estatística para p-valor de 5% (0,05). **Resultados:** A prevalência de diabetes foi 38,1%. O fator de risco que apresentou associação foi à hipertensão. Lesão nos pés esteve presente em 69,3%. **Conclusão:** As condições socioeconômicas e educacionais da população são fatores dificultadores para promoção da saúde e prevenção do diabetes e suas complicações.

Descritores: Diabetes Mellitus; Epidemiologia; Complicações do Diabetes; Doença Crônica; Prevalência.

PREVALENCE OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN SUBPOPULATION OF THE STATE OF SERGIPE

Objective: To detect the prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus, the occurrence of risk factors and complications in a subpopulation of the state of Sergipe. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study, carried out by means of a form containing sociodemographic and clinical data of the patient. The sample was obtained for convenience, with 307 patients. Categorical variables were assessed by Chi-square and Fisher's exact test and adopted a statistical significance for p-value of 5% (0.05). **Results:** The prevalence of diabetes was 38.1%. The risk factor that presented association was hypertension. Foot injury was present in 69.3%. **Conclusion:** The socioeconomic and educational conditions of the population are factors that make it difficult to promote health and prevent diabetes and its complications.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Epidemiology; Diabetes Complications; Chronic Disease; Prevalence.

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA SUBPOBLACIÓN DEL ESTADO DE SERGIPE

Objetivo: Detectar la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2, ocurrencia de factores de riesgo y complicaciones en una subpoblación del estado de Sergipe. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, realizado por medio de formulario contemplando datos sociodemográficos y clínicos del paciente. La muestra fue obtenida por conveniencia, con 307 pacientes. Las variables categóricas fueron evaluadas por el Test Qui-cuadrado y Exacto de Fisher y se adoptó significancia estadística para p-valor del 5% (0,05). **Resultados:** La prevalencia de la diabetes fue del 38,1%. El factor de riesgo que presentó asociación fue a la hipertensión. La lesión en los pies estuvo presente en el 69,3%. **Conclusión:** Las condiciones socioeconómicas y educativas de la población son factores dificultadores para la promoción de la salud y prevención de la diabetes y sus complicaciones.

Descritores: Diabetes Mellitus; Epidemiología; Complicaciones de la Diabetes; Enfermedad Crónica; Prevalencia.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio crônico do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Apresenta como característica a deficiência de secreção da insulina, sendo considerado fator de risco devido aos distúrbios causados no metabolismo de lipídios⁽¹⁾.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%, dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto-SP⁽²⁾. Em Sergipe, entre janeiro de 2012 a janeiro de 2014, foram cadastradas 2.660 hospitalizações decorrentes de complicações agudas e crônicas do DM⁽³⁾.

O enfermeiro tem papel fundamental em ações educativas que visam à prevenção da doença e controle dos valores glicêmicos. A assistência prestada ao portador de DM pela enfermagem está direcionada a prevenção de complicações, avaliação do estado nutricional, o monitoramento dos fatores de risco e a orientação sobre autocuidado⁽⁴⁾.

Considerando que a prevenção do diabetes implica na prática de um conjunto de ações para evitar o seu aparecimento, o objetivo deste estudo foi detectar a prevalência de pacientes portadores de DM 2, ocorrência de fatores de risco e complicações oriundas desta patologia.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para que os enfermeiros planejem e implementem ações de educação voltadas à prevenção do DM e assim proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente acometido por esta patologia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra foi por conveniência constituída por 307 indivíduos. Foram eleitos como critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 30 anos, com ou sem diagnóstico prévio de DM, que apresentaram capacidade auditiva e cognitiva preservada, que aceitaram participar do estudo mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Rosário do Catete, localizado a 37 km da capital Aracaju, durante o Mutirão Contra o Diabetes, promovido pela Sociedade Brasileira de

Diabetes-Regional Sergipe (SBD-SE), Associação Sergipana de Proteção ao Diabético (ASPAD) e Centro de Diabetes de Sergipe.

Coleta dos dados

Foi utilizado um formulário contemplando dados sociodemográficos, clínicos, antecedentes patológicos pessoais e familiares e estilo de vida do participante. Após a entrevista, foram realizados exames de glicemia capilar, verificação da pressão arterial, avaliação antropométrica e avaliação dos pés, este último, somente para os participantes com glicemia alterada. Em caso de níveis glicêmicos e/ou pressóricos alterados o participante foi encaminhado a Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou atendido por um médico endocrinologista no momento do evento. A coleta foi realizada no mês de dezembro de 2015.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram armazenados no software Microsoft Office Excel® versão 2010. Foi realizada análise exploratória dos dados por meio da estatística descritiva. Os dados quantitativos foram expressos na forma de frequências absolutas e relativas. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de testes do Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher. Foi admitida uma significância estatística de 5% para todo o estudo ($p < 0,05$). Os dados foram analisados no software R versão 3.2.3, e apresentados por meio de tabelas.

Procedimentos éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos segundo a Resolução 466/12 do CONEP, recebendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o seguinte número do parecer 1.313.404.

Resultados

De acordo com a Tabela 1 participaram do “mutirão do Diabetes” 307 indivíduos, todos foram incluídos no estudo, correspondendo a 3% da população do município. A faixa etária variou entre 30 a 89 anos, com média de 52,71 anos, sendo que, entre os participantes com diagnóstico prévio de DM prevaleceu aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, correspondendo a 35(54,7%) indivíduos. Já entre aqueles que não possuíam diagnóstico prévio de DM a faixa etária predominante foi dos 30 aos 59 anos com 186 (76,6%) indivíduos.

A amostra foi predominantemente do sexo masculino com 166 (54,0%), possuía baixa escolaridade, sendo 62 (20,2%) sem escolaridade e 167 (54,4%) participantes com apenas ensino fundamental completo ou incompleto, em sua maioria

com companheiro fixo 179 (58,3%) e encontravam-se na classificação de extremamente pobre, pobre ou vulneráveis de acordo com o PNAD (2012).

Tabela 1 Distribuição dos 307 participantes de acordo com dados sociodemográficos e diagnóstico prévio de DM. Rosário do Catete, Sergipe, Brasil, 2015.

Variável	Diagnóstico Prévio de DM				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
SEXO					
Masculino	29	45,3	137	56,4	0,1500 ^a
Feminino	35	54,7	106	43,6	
TOTAL	64	100,0	243	100,00	
IDADE					
30-39	5	7,8	51	21,0	-
40-49	10	15,6	60	24,7	
50-59	14	21,9	75	30,9	
60-69	22	34,4	30	12,3	
70 ou mais	13	20,3	27	11,1	
TOTAL	64	100,0	243	100,0	
ESCOLARIDADE					
Sem estudo	17	26,6	45	18,5	0,0704 ^b
Fundamental Incompleto	30	46,9	104	42,8	
Fundamental Completo	7	10,9	26	10,7	
Médio Incompleto	9	14,0	27	11,1	
Médio Completo	1	1,6	28	11,5	
Superior Incompleto	0	0,0	9	3,7	
Superior Completo	0	0,0	4	1,7	
TOTAL	64	100,0	243	100,0	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Com companheiro	37	57,8	142	58,4	1,0000 ^a
Sem companheiro	27	42,2	101	41,6	
TOTAL	64	100,0	243	100,0	
RENDA PER CAPITA					
Até R\$ 81	11	17,2	49	20,2	-
Até R\$ 162	33	51,6	90	37,0	
Até R\$ 291	12	18,7	44	18,1	
Até R\$ 441	7	10,9	29	11,9	
Até R\$ 641	0	0,0	3	1,3	
Até R\$ 1.019	0	0,0	21	8,6	
Até R\$ 2.480	1	1,6	5	2,1	
Acima de R\$ 2.480	0	0,0	2	0,8	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
TOTAL	64	100,0	243	100,0	

^aTeste de Qui-Quadrado; ^b Teste Exato de Fisher. Fonte: Dados da Pesquisa.

Para avaliar a associação dos fatores de risco e a ocorrência de DM2 nessa amostra, foi considerado doente aqueles que sabidamente eram diabéticos, juntamente com aqueles que não sabiam ser diabéticos, mas apresentaram glicemia alterada durante o mutirão, demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 Distribuição dos participantes de acordo com a ocorrência de fatores de risco e a presença de DM2. Rosário do Catete, Sergipe, 2015.

Fatores de Risco	Doente		Não Doente		Total	p-valor	Or [IC95%]
	n	%	n	%			
ANTECEDENTES FAMILIARES							
Sim	55	47,1	136	71,6	191	62,2	<0,0001 0,35 [0,21-0,57]
Não	62	52,9	54	28,4	116	37,8	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	
SEDENTARISMO							
Sim	61	52,1	120	63,1	181	59,0	0,07 0,63 [0,40-1,01]
Não	56	47,9	70	36,9	126	41,0	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	
CONSUMO DE FRUTAS E VERDURAS							
Sim	58	49,6	128	67,4	186	60,6	0,002 2,10 [1,31-3,37]
Não	59	50,4	62	32,6	121	39,4	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	
CONSUMO DE ALCÓOL							
Sim	47	40,2	70	36,9	117	38,1	0,64 1,5 [0,72-1,85]
Não	70	59,8	120	63,1	190	61,9	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	
ÍNDICE DE MASSA CORPORÉA (IMC)							
≥25,0	76	65,0	132	69,5	208	67,8	0,48 0,81 [0,50-1,33]
≤24,9	41	35,0	58	30,5	99	32,2	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)							
Sim	67	57,3	81	42,6	148	48,2	0,01 1,80 [1,13-2,87]
Não	50	42,7	109	57,4	159	51,8	
TOTAL	117	100	190	100	307	100	

Fonte: Dados da Pesquisa.

É possível observar na Tabela 2 que os fatores de risco que apresentaram associação com a ocorrência de DM2 foram antecedentes familiares, o não consumo de frutas e verduras, assim como a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica entre os indivíduos avaliados. Entretanto, para os antecedentes familiares, na amostra estudada, revelou-se como fator protetor, com OR 0,35 [IC95% = 0,21-0,57].

A Tabela 3 mostra a distribuição dos participantes em relação ao diagnóstico prévio e aos valores de glicemia capilar. Entre os 243 (79,1%) pacientes que relataram não ter diagnóstico prévio de DM, 53 (21,8%) apresentaram alteração na glicemia capilar. Já entre os 64 (20,8%) indivíduos com diagnóstico prévio, 48 (75,0%) tinham glicemia capilar alterada.

Todos os pacientes com glicemia alterada no momento do evento realizaram o exame clínico dos pés, somando 101 (32,9%) participantes da amostra. De acordo com a classificação da avaliação do pé diabético, a maior frequência foi de sujeitos com lesão pré-ulcerosa e/ou neuropatia. Houve associação significativa com p=0,003 entre diagnóstico prévio de diabetes e alterações nos pés.

Tabela 3 Distribuição dos participantes de acordo com o resultado da glicemia capilar, avaliação clínica dos pés e diagnóstico prévio de DM. Rosário do Catete, Sergipe, Brasil, 2015.

Variáveis	Diagnóstico Prévio para DM				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
ALTERAÇÃO GLICEMIA CAPILAR						
Sim	48	75,0	53	21,8	101	32,9
Não	16	25,0	190	78,2	206	67,1
TOTAL	64	100,0	243	100,0	307	100,0
VALORES DA GLICEMIA COM ALTERAÇÃO						
100-150	9	8,9	26	25,7	35	34,6
151-200	14	13,8	22	21,8	36	35,4
201-250	11	10,9	3	3,0	14	13,8
251-300	5	5,0	0	0,0	5	4,9
> 300	9	8,9	2	2,0	11	10,7
TOTAL	48	47,5	53	52,5	101	100,0
ALTERAÇÃO NOS PÉS DOS INDIVÍDUOS COM VALORES ALTERADOS DE GLICEMIA *						
Sem alterações nos pés	4	3,9	27	26,8	31	30,7
Lesão pré-ulcerosa e/ou neuropatia	28	27,7	21	20,8	49	48,5
Úlcera, neuropatia + deformidades	10	10,0	5	4,9	15	14,9
Úlcera e/ou amputação prévia	6	5,9	0	0,0	6	5,9
TOTAL	48	47,5	53	52,5	101	100,0

*Teste Exato de Fisher $p=0,003$.

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível estimar a prevalência do DM2 entre os indivíduos participantes considerando que 64 possuíam diagnóstico prévio e, entre aqueles que não possuíam diagnóstico prévio, 53 apresentaram alteração na glicemia capilar, assim a estimativa de prevalência de DM2 foi de 117/307 (38,1%).

Diferentemente do nosso achado, estudo realizado no Mato Grosso do Sul⁽⁵⁾ encontrou prevalência de glicemia capilar casual alterada em 7% entre mulheres indígenas. Esta diferença pode ser devido ao fato da população indígena não consumir tantos alimentos industrializados como ocorre nas cidades. Outro estudo⁽⁶⁾ realizado com idosos, encontrou glicemia alterada em 17,6% no inquérito de 2003 e 20,1% no ano de 2008. O aumento da prevalência de diabetes pode estar associado ao maior número de diagnósticos, ao crescimento na prevalência de obesidade na população idosa e aos fatores socioeconômicos⁽⁶⁾.

O DM2 é uma doença crônica que surge, geralmente, a partir dos 40 anos de idade⁽⁷⁾, ao analisar a faixa etária dos participantes, entre aqueles que possuíam diagnóstico prévio de DM2 23,4% encontrava-se na faixa etária dos 30 até os 49 anos, em contrapartida entre aqueles com 50 anos ou mais, 76,6% já tinha diagnóstico prévio.

A população idosa é a mais acometida pelas doenças crônicas e por isso procura os serviços de saúde. Os enfermeiros devem dispensar maior atenção a essa população

visando à promoção da saúde e prevenção desta doença, visto que a prevalência de DM2 é maior nesta população. No Brasil, a expectativa de vida dos homens é de 71,9 anos enquanto das mulheres é de 79,1 anos⁽⁸⁾.

Observou-se que a maior parte da amostra era composta por pacientes do sexo masculino. Estudo demonstra⁽⁹⁾ que os homens procuram menos os serviços de saúde, entre outras razões, devido ao horário de atendimento desses serviços, no qual, geralmente estão trabalhando. Um fator que pode ter contribuído com a predominância do sexo masculino, no presente estudo, está relacionado ao fato do "Mutirão Contra o Diabetes" ter sido realizado no sábado, favorecendo a presença dos homens que trabalham durante a semana.

Os participantes deste estudo possuíam baixa escolaridade correspondendo ao ensino fundamental incompleto 43,6%. Chama a atenção o fato de 20,1% não possuir nenhuma escolaridade, que associado a aqueles com o fundamental incompleto soma 63,7%. Isso pode dificultar o acesso às informações e acarretar em dificuldades na compreensão do tratamento e cuidados com a doença⁽¹⁰⁾.

Na amostra avaliada foi identificada baixa renda, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e a efetivação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, influenciando de forma negativa a sua adesão. Em um estudo⁽¹¹⁾ foi identificado que 94,1% dos pacientes com DM2, faziam uso regular de medicamentos, o qual compromete a renda familiar provocando prejuízos nas condições de saúde. A baixa renda geralmente está relacionada com a baixa escolaridade, interferindo diretamente no controle da doença⁽¹²⁾.

Para verificar associação entre a presença de diabetes e os fatores de risco para essa patologia, foi realizado o cruzamento dessas variáveis e, considerado doente aqueles com diagnóstico prévio somados aos que não referiram diabetes, mas apresentaram alteração da glicemia capilar no momento da investigação.

Portanto, ao avaliar os antecedentes familiares para o DM2, foi verificada significância estatística ($p = <0,0001$) para os participantes que não apresentaram antecedentes familiares. Esses resultados são contrários aos, comumente, apresentados na literatura⁽¹³⁾, onde antecedentes familiares para o diabetes revelaram um alto risco para o desenvolvimento desta patologia. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que pessoas que não convivem com a doença crônica podem ficar mais propensas a adquiri-la, à medida que não atentam para formas de prevenção.

Na amostra estudada, o sedentarismo não apresentou associação estatística, o que pode ser justificado pelo fato de ter sido predominante nos dois grupos com $p = 0,07$. Estudo⁽¹⁴⁾ demonstra que a baixa renda é um fator relacionado à não adesão à atividade física. É importante que os pacientes

tenham conhecimentos sobre os benefícios da prática regular de atividade física⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, os participantes do evento relataram consumir diariamente frutas e verduras, correspondendo a 49,6% da amostra, todavia mostrou-se como fator de risco. Isso pode ser justificado pelo fato de que muitos pacientes passam a consumir esses alimentos após o diagnóstico de DM2. A adesão à terapia nutricional auxilia na melhoria da qualidade de vida, pois fornece nutrientes necessários para os pacientes, sendo fundamental para o tratamento e prevenção dos agravos do DM2⁽¹⁶⁾.

Em relação ao consumo do álcool, o mesmo não apresentou significância estatística ($p = 0,64$). A ingestão de bebidas alcoólicas provoca efeitos danosos e duradouros nos pacientes com diagnóstico de DM2. Mesmo após cessado o consumo de álcool, o indivíduo poderá manifestar complicações, em um determinado momento da sua vida⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, o índice de massa corpórea não apresentou significância estatística ($p = 0,48$) apesar de sabidamente ser um fator de risco frequentemente presente e estar associada ao desenvolvimento de doenças crônicas⁽¹⁸⁾. A falta de associação pode estar relacionada ao fato de encontrar-se presente nos dois grupos. O acúmulo de gordura visceral está, geralmente, acompanhado de resistência insulínica, aumento na concentração de ácidos graxos livres e ao aumento da atividade da lipase hepática⁽¹⁹⁾.

Dos 64 indivíduos que já tinham diagnóstico prévio para o DM2, 48 (75,0%) estavam com o valor de glicemia alterado. O enfermeiro deve instruí-los quanto aos cuidados que devem ser realizados e certificar-se que foi compreendido. Além disso, a atenção primária deve fazer a visita domiciliar averiguando se tais cuidados estão sendo executados. Ao paciente, cabe monitorar os índices glicêmicos, praticar exercícios físicos e adotar hábitos saudáveis de vida.

Todos os pacientes com glicemia capilar alterada passaram pela avaliação dos pés, onde foi constatado que a maioria apresentava alguma alteração, ou seja, o cuidado com os pés está sendo negligenciado dentro desta amostra, este achado é semelhante a outro estudo⁽²⁰⁾ com a mesma proposta. Essa patologia é considerada de grande impacto socioeconômico, uma vez que a prevalência nos pacientes diabéticos chega a 15%⁽²¹⁾.

Limitações do estudo

O estudo teve como limitação o fato de ter realizado o exame dos pés apenas naqueles pacientes com glicemia alterada na ocasião do mutirão, não tendo sido realizado em 16 pacientes, sabidamente diabéticos, mas que se encontravam com a glicemia normal. Adicionalmente, o fato de ser um estudo transversal com amostra por conveniência traz

consigo limitações, próprias desse tipo de estudo, entretanto, essas limitações foram minimizadas considerando o tamanho da amostra.

Contribuição do estudo para a prática

Por ser uma doença crônica degenerativa de prevalência mundial, é importante estimar a prevalência do DM em subpopulações, considerando que os fatores de risco são potencialmente modificáveis e sua prevenção implica na prática de um conjunto de ações para evitar a sua progressão. Dessa forma, a contribuição desse estudo está no papel fundamental que o enfermeiro tem em ações educativas que visam à prevenção da doença e as suas complicações, por meio do reforço do conhecimento do paciente, monitoramento dos fatores de risco e orientações sobre o autocuidado.

CONCLUSÃO

Pode-se observar que a prevalência de DM2 nesta população foi de 38,1%, o que indica a necessidade de medidas preventivas por parte dos profissionais de saúde e da população considerando que a maioria dos fatores desencadeantes do Diabetes é modificável, onde os profissionais de enfermagem podem atuar na promoção da saúde e prevenção desta patologia. Entretanto, as condições socioeconômicas e educacionais da população são fatores dificultadores para o sucesso da implementação dessas medidas.

Lesão nos pés esteve presente em 69,3% da amostra demonstrando negligência nos cuidados com os pés. Maior atenção deve ser dada aos cuidados com os pés entre pacientes diabéticos considerando que é uma complicação altamente limitante.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Ana Thais Fontes Santos, Elizabete Teixeira da Silva, Ana Cristina Freire Abud, Mariana Costa Larré, Ana Dorcas de Melo Inagaki, José Rodrigo Santos Silva.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2016 Dec 13]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 [Internet]. 2014. São Paulo: AC Farmacêutica [cited 2016 Feb 18]. Available from: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. Casos de hospitalização devido às complicações do diabetes no estado de Sergipe [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSSE>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2015 July 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
5. Freitas GA, Souza MCC, Lima RC. Prevalence of diabetes mellitus and associated factors in indigenous women in Dourados, Mato Grosso do Sul State, Brazil. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2016 [cited 2016 July 22];32(8):1678-4464. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00023915.pdf>
6. StopaI SR, César CLG, Segri NY, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP et al. Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures. *Rev. saúde pública*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 22];48(4):554-562. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0554.pdf
7. Baldo C, Zanchim MC, Kirsten VR, Marchi ACB. Diabetes Diabetes Food Control - A mobile application to evaluate the food consumption by diabetic patients. *Rev Eletrônica de Comum Inf Inov Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 12];9(3):1-13. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1000/PDF1000>
8. Menezes TN, Sousa NDS, Moreira AS, Pedraza DF. Self-reported diabetes mellitus and associated factors among elderly living in Campina Grande, Paraíba, Brazil. *Rev bras geriatr gerontol*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 12];17(4):829-839. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v17n4/1809-9823-rbgb-17-04-00829.pdf>
9. Pereira MCA, Barros JPP. Public men in health strategy family: qualitative study in Parnaíba-PI. *Psicol soc* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar. 20];27(3):587-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00587.pdf>
10. Souza AES, Cruz AM, Araújo JLA, Aguiar IP, Souza DS. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes diabéticos atendidos em unidades de saúde do município de Santarém-Pará. *Rev. em foco* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr. 2];2(24):8-17. Available from: <http://iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco/article/view/52/43>
11. Modeneze DM, Vilarta R, Maciel ES, Sonati JG, Souza MESN, Boccaletto EMA. Level of physical activity of carriers of diabetes mellitus tipo 2(DM2) in a poor community in Brazil. *Medicina* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 16];45(1):78-86. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47573/51302>
12. Lima IG, Costa JFC, Oliveira AF, Borges JrJN, Peixoto aF, Pancieri MS et al. Educating to prevent: the importance of information in diabetic foot care. *Rev. Conexão UEPG* [Internet]. 2017 [cited 2016 May 29];13(1):187-95. Available from: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/8958/5501>
13. Araújo LO, Silva ES, Mariano JO, Moreira RC, Prezotto KO, Fernandes CAM, et al. Risk of developing diabetes mellitus in primary care health users: a cross-sectional study. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 05];36(4):77-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000400077&lng=en&nr=io&tlng=pt
14. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 16]; 380. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60646-1/ppt](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60646-1/ppt)
15. Oliveira DM, Lopes MC, Santos D, Villela EFM. Estilo de vida e indicadores antropométricos de idosos praticantes de atividade física. *RBCEH* [Internet]. 2016 [cited 2015 June 02];13(2):171-83. Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5924/pdf>
16. Barbosa, Almeida AMR, Figueiredo MA, Negromonte AG, Silva JSL, Viana MGS et al. Feeding and Diabetes Mellitus: perception and food consumption by elderly people in the hinterlands of Pernambuco. *Rev bras promoç saúde* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 02];28(3):370-78. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3691/pdf>
17. Menezes TN, Sousa NDS, Moreira AS, Pedraza DF. Self-reported diabetes mellitus and associated factors among elderly living in Campina Grande, Paraíba, Brazil. *Rev bras geriatr gerontol*. [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 15]; 17(4):829-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v17n4/1809-9823-rbgb-17-04-00829.pdf>
18. Lima ACS, Araújo MFM, Freitas RWJF, Zanetti ML, Almeida PC, Damasceno MMC. Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students: association with sociodemographic variables. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 15];22(3):484-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf>
19. Pradhan AD. Sex differences in the metabolic syndrome: implications for cardiovascular health in women. *Clin Chem* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 15];60(1):44-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24255079>
20. Coelho ACM, Boas LCGV, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Pace AE. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes mellitus. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17];24(3):697-05. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300697&lng=en&nr=io&tlng=pt
21. Nehring P, Mrozikiewicz-Rakowska B, Krzyzewska M, Sobczyk-kopciol A, Ploski R, Broda G, et al. Diabetic foot risk factors in type 2 diabetes patients: a cross-sectional case control study. *J Diabetes Metab Disord* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 21];13:79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128535/>

AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES À REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA NO PARTO VAGINAL

Rodrigo Dias Nunes¹, Amanda de Vasconcelos Mapelli², Nazaré Otilia Nazário³, Eliane Traebert¹, Mayara Seemann¹, Jefferson Traebert¹

Objetivo: O estudo objetiva conhecer os fatores associados à realização da episiotomia no parto vaginal. **Metodologia:** Estudo transversal envolvendo 330 partos, de janeiro/2012 a dezembro/2013. Estudou-se a associação das variáveis independentes com a realização da episiotomia por meio de cálculo de razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, com nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Na amostra estudada, 224 (67,9%) pacientes não realizaram episiotomia e 106 (32,1%) realizaram o procedimento. A idade média foi de 22,9 ($\pm 5,9$) anos e a episiotomia foi mais realizada naquelas com idade inferior a 20 anos [RP 1,61 (IC 95% 1,15; 2,25)] ($p = 0,005$). As mulheres com mais de 8 anos completos de estudo foram significativamente mais submetidas à episiotomia que as demais [RP 2,34 (IC 95% 1,70; 3,22)] ($p < 0,001$). **Conclusão:** A realização da episiotomia nesta população ocorreu com maior prevalência nas parturientes mais jovens e com maior escolaridade.

Descritores: Episiotomia; Fatores associados; Parto vaginal

EVALUATION OF THE DETERMINANT FACTORS TO EPISIOTOMY IN VAGINAL DELIVERY

Objective: This study aims to evaluate the factors associated with its performance in vaginal delivery. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out with 330 births, from January / 2012 to December / 2013. The association of the independent variables with episiotomy was calculated by prevalence ratios and their respective confidence intervals, with significance level $p < 0.05$. **Results:** In the studied sample, 224 (67.9%) patients did not undergo episiotomy and 106 (32.1%) had the procedure. The mean age was 22.9 \pm 5.9 years and the episiotomy was more frequently performed in those younger than 20 years old [PR 1.61 (95% CI 1.15; 2.25)] ($p = 0.005$). Women with more than 8 years of education were significantly more likely to undergo episiotomy than the others [PR 2.34 (95% CI 1.70; 3.22)] ($p < 0.001$). **Conclusion:** The episiotomy, in this population, occurred more likely in younger and more educated parturients.

Descriptors: Episiotomy; Associated factors; Vaginal birth

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DETERMINANTES A LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA EN EL PARTO VAGINAL

Objetivo: El estudio tiene como objetivo conocer los factores asociados a la realización de la episiotomía en el parto vaginal. **Metodología:** Estudio transversal que involucra 330 partos, de enero/2012 a diciembre/2013, para la asociación de las variables independientes con la episiotomía por razones de prevalencia y sus respectivos intervalos de confianza, con $p < 0,05$. **Resultados:** En la muestra, 224 (67,9%) pacientes no realizaron episiotomía y 106 (32,1%) realizaron el procedimiento. La edad media fue de 22,9 ($\pm 5,9$) años y la episiotomía fue más realizada en aquellas con edad inferior a 20 años [RP 1,61 (IC 95% 1,15, 2,25)] ($p = 0,005$). Las mujeres con más de 8 años completos de estudio fueron significativamente más sometidas a la episiotomía que las demás [RP 2,34 (IC 95% 1,70; 3,22)] ($p < 0,001$). **Conclusión:** La realización de la episiotomía ocurrió con mayor prevalencia en las parturientas más jóvenes y con mayor escolaridad.

Descriptoros: Episiotomía; Factores asociados; Parto vaginal

¹Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/SC-Brasil.
Autor correspondente: Rodrigo Dias Nunes. E-mail: rodrigo.dias.nunes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A episiotomia é uma prática cirúrgica que implica no alargamento do períneo, para ampliação da abertura vaginal, durante o segundo período do trabalho de parto, denominado período expulsivo, realizada tanto por médicos como por enfermeiros obstétricos⁽¹⁻³⁾. Essa prática, em algumas situações, determina benefícios maternos e fetais. Em relação à mulher, protege o períneo contra distopias genitais e encurta o período expulsivo^(1,2). Quanto ao feto, há o aumento do canal do parto, ocorrendo diminuição da compressão da calota craniana, diminuindo de possíveis danos cerebrais e outros traumatismos, redução do sofrimento fetal e asfixia perinatal, melhora do índice de Apgar e a diminuição do risco de ocorrência de distócia de ombro^(1,2,4). Porém, muitos desses benefícios são contestados atualmente⁽⁵⁾. Por este motivo, nos últimos anos, sua realização tem decrescido consideravelmente na obstetrícia e na assistência ao parto normal⁽⁶⁾.

A Organização Mundial de Saúde preconiza uma taxa de episiotomia em torno de 10%. Em serviços que apresentam índices acima da meta preconizada, têm sido implementadas ações educativas continuadas com profissionais da saúde, incluindo análises de estudos de meta-análises e divulgações de revisões sobre o tema⁽⁷⁾. A prevalência global da episiotomia de rotina está em declínio. Em 1997, a taxa era de 42% dos partos. Após 10 anos, em 2007, observou-se redução para 29%, atingindo níveis em torno de 25% em 2009⁽⁸⁾.

Nos Estados Unidos da América, 62,5% do total de partos estão associados à episiotomia, enquanto que na Europa esse índice decresce para 30% do número total de partos realizados⁽⁹⁾. Na América Latina, nota-se que a episiotomia tem sido realizada como uma intervenção de rotina nas pacientes primíparas e em parturientes com prévia episiotomia. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a episiotomia seletiva, não determinando a taxa máxima ideal. Porém, alguns estudos mostram que sua realização entre 10 a 30% do total de partos seria uma meta ideal^(10,11).

São descritas várias complicações relacionadas à episiotomia, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia, fistulas reto-vaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor. Essas complicações têm considerável impacto no sistema de saúde, como altos gastos e elevadas taxas de ocupação de leitos e principalmente impactos negativos na qualidade de vida da parturiente e na relação materno-fetal⁽¹²⁾.

Evidências científicas demonstram que as complicações

das episiotomias dependem de vários fatores, tais como a prática seletiva ou de rotina, as técnicas utilizadas e o material de sutura. A prática seletiva reduz 30% do trauma perineal grave, diminui a necessidade de suturas, evitando complicações na cicatrização, sem aumento da dor, dispareunia e incontinência urinária; todavia, dobra o risco de trauma perineal anterior. Porém, a prática da episiotomia seletiva apresenta mais benefícios quando comparada ao potencial de danos^(13,14).

A partir dessas evidências, a conduta recomendada é aquela baseada na prevenção do trauma perineal severo e de danos no assoalho pélvico, evitando assim as principais complicações como: prolapso genitais, incontinência urinária e diminuição da morbidade materna. Essa conduta, nas últimas décadas, está sendo aceita pelo contexto de diminuir intervenções e procedimentos desnecessários e reduzir a morbidade e mortalidade materno-fetal^(3,6).

Esta pesquisa objetiva identificar os fatores associados à realização da episiotomia em uma maternidade-escola do Sul do Brasil. Os resultados do presente estudo podem ser úteis para a escolha do manejo correto frente ao parto, conhecendo-se fatores que podem contribuir para a decisão da episiotomia seletiva.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal.

Participantes da pesquisa

Pacientes que tiveram seus partos vaginais realizados neste serviço e de seus respectivos recém-nascidos, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, mediante a análise de seus prontuários. A amostra foi calculada pela fórmula de estudo de prevalência, no programa OpenEpi 2.3.1, com os seguintes parâmetros: tamanho da população de 6000 pacientes, nível de confiança de 95%, erro padrão de 5% e proporção esperada do desfecho desconhecida 25%, acrescido de 20% para possíveis perdas. O procedimento resultou em uma amostra final de 330 pacientes, selecionada por intermédio de sorteio aleatório. Foram excluídos os prontuários de pacientes que tiveram seus partos domiciliares ou a caminho desta maternidade.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na maternidade do Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes, no município de São José, estado de Santa Catarina.

Coleta dos dados

Os dados foram colhidos mediante a análise dos prontuários das pacientes. A variável dependente do estudo foi a paciente ter sido submetida ou não à episiotomia, enquanto as independentes foram características sociodemográficas, clínico-obstétricas e condições de parto.

Procedimentos de análise dos dados

As informações foram analisadas pelo programa SPSS 18.0. As variáveis foram inicialmente descritas em números absolutos e proporções. Estudos de associação foram efetuados utilizando-se o teste qui-quadrado. Foram calculadas razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%, com nível de significância estabelecido $p < 0,05$.

Procedimentos éticos

O estudo obedeceu a todos os critérios éticos necessários; tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob CAAE 24150814.9.0000.5369. Os riscos inerentes a essa pesquisa foram mínimos, uma vez que foi realizada a análise de prontuários e assegurada a privacidade e o anonimato das informações coletadas. As participantes beneficiar-se-ão indiretamente no estudo, uma vez que os achados da pesquisa podem esclarecer aspectos relacionados à sua doença e identificar fatores associados à sua ocorrência.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 330 mulheres que realizaram parto vaginal. A prevalência de realização de episiotomia foi de 32,1% (IC 95% 27,1; 32,1).

A idade média das participantes foi de $22,9 \pm 5,9$ anos. As pacientes mais jovens, com menos de 20 anos de idade apresentaram 1,61 vezes maior prevalência (IC 95% 1,15; 2,25) de episiotomia, quando comparadas àquelas com idade superior ($p = 0,005$). A maioria das pacientes era branca e vivia com seus parceiros, porém estas variáveis não se mostraram significativas quanto à realização de episiotomia. As mulheres que possuíam mais que 8 anos completos de estudo apresentaram 2,34 vezes maior prevalência (IC 95% 1,70; 3,22) de episiotomia, quando comparadas àquelas com menor nível de escolaridade ($p < 0,001$) (Tabela 1).

As pacientes estudadas apresentaram idades gestacionais de 35 semanas e 3 dias a 41 semanas e 2 dias. As características clínico-obstétricas como idade gestacional, número de partos vaginais, cesarianas e abortamentos prévios, presença de gestação múltipla e comorbidades como doença hipertensiva específica da gestação e diabetes mellitus gestacional, além do hábito tabágico, não se mostraram estatisticamente

associadas à realização de episiotomia (Tabela 2). Por outro lado, a realização de episiotomia não se mostrou significativamente associada a nenhuma das condições do parto, sejam maternas ou perinatais (Tabela 3).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a idade da paciente mostrou-se associada à realização da episiotomia, corroborando com outros autores, que demonstraram que mulheres mais jovens apresentam riscos maiores de serem submetidas ao procedimento^(15,16). Tal fato deve ocorrer, provavelmente, pois as adolescentes e mulheres mais jovens apresentam perineo ainda sem grande elasticidade, condição necessária para o parto vaginal sem complicações perineais, além da inexperiência com o trabalho de parto.

O fato de pacientes com maior escolaridade apresentarem maiores taxas de episiotomia pode ser explicado, hipoteticamente, pela melhor condição socioeconômica. Sabe-se que indivíduos com menor poder aquisitivo e menor instrução são os que mais realizam, como atividade laboral, funções artesanais ou em mão de obra que requerem atividade física mais extenuante. Essas mulheres, por executarem, muitas vezes, trabalhos de maior movimentação física, estimulam a musculatura perineal ao longo de suas vidas, com um preparo fisiológico para o traumatismo local da parturição. Não foram encontradas pesquisas que avaliassem a comparação entre estes fatores para corroborar ou refutar tais achados.

Uma revisão de literatura, analisando 6.365 partos vaginais, evidenciou que as mulheres com parto prematuro possuíam 2,3 vezes mais chance de serem submetidas à episiotomia⁽¹⁷⁾. Isto pode ser explicado pela tentativa de redução do período expulsivo, objetivando proteger estruturas do sistema nervoso central do feto. Contudo, neste estudo, não foi observada uma associação entre partos prematuros e a realização de episiotomia, uma vez que esta indicação para a realização da episiotomia não é mais recomendada como regra pelos diversos protocolos internacionais^(9,10).

Em relação aos antecedentes obstétricos, a grande maioria das pacientes não possuía gestações anteriores. Este estudo não evidenciou associação entre episiotomia e o número de partos, cesarianas ou abortamentos anteriores. Porém, há resultados divergentes na literatura. Alguns estudos mostraram que quanto maior o número de partos, menor a chance de ocorrer a episiotomia e mulheres sem parto vaginal anterior apresentaram 3 vezes mais chance de serem submetidas ao procedimento^(17,18).

Este estudo apresentou apenas três pacientes com gestação gemelar, dificultando a análise desta variável, pois muitas pacientes com gestação gemelar apresentam

indicação de cesariana por apresentações anômalas. Porém, outro estudo que avaliou a gestação múltipla, não encontrou associação com a realização da episiotomia⁽¹⁶⁾.

Concordando com Lurie et al, que não encontraram diferença entre a realização de episiotomia e o hábito tabágico, as pacientes tabagistas do presente estudo também não apresentaram diferença significativa quanto à prevalência de episiotomia⁽¹⁵⁾. Este fato poderia ser explicado pela ideia de fetos pequenos, secundários ao hábito tabágico materno na gestação, necessitarem menor espaço perineal para o nascimento, porém não foi possível reforçar esta teoria com os resultados encontrados.

Nenhuma variável referente às condições do parto mostrou-se estatisticamente associada à prevalência de episiotomia. Quanto à apresentação fetal, não foram encontrados dados na literatura com referência à comparação da realização de episiotomia entre partos vaginais de fetos cefálicos ou em apresentações anômalas. O estudo de Lobo et al revelou que a episiotomia esteve mais associada ao trabalho de parto mais prolongado⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, foi encontrada média de 3243,5kg de peso entre os recém-nascidos, porém sem mostrar significância estatística com a realização de episiotomia. A hipótese de maior realização de episiotomia em fetos grandes também não foi comprovada em outros estudos^(15,16,20). Esse achado está, porém, em desacordo com os resultados de Jiang et al, no qual recém-nascidos com peso maior que 3,500g estiveram mais associados à realização de episiotomia⁽⁵⁾. Essa variável é controversa, pois durante o trabalho de parto, a decisão do obstetra para a realização da episiotomia de acordo com o peso do concepto é muito subjetiva. O profissional assistente costuma embasar-se pela ultrassonografia mais recente, pela avaliação clínica da gestante e pela sua experiência⁽¹⁰⁾.

Apenas quatro pacientes tiveram seus partos instrumentalizados com fórceps de alívio. Segundo alguns autores, a episiotomia não foi significativamente protetora de lesões quando associadas ao trabalho de parto instrumentalizado^(18,19). Por não ter sido encontrado número mais expressivo de parto instrumentalizado, a análise desta variável ficou comprometida. Porém, em teoria, o uso de fórceps poderia aumentar o risco de episiotomia por ocupar espaço a mais no canal do parto e conseqüente risco de laceração. Além disso, o uso de fórceps, muitas vezes, é indicado no nascimento de fetos com comprometimento de vitalidade. Nesses casos, a episiotomia teria a indicação para reduzir o tempo até o nascimento^(9,10).

Outro fator importante que leva os obstetras a realizarem a episiotomia é a prevenção de lesões perineais, porém, neste estudo, sua não realização não esteve associada à ocorrência de lesões perineais. O mesmo resultado pode

ser visto em outro estudo⁽¹⁷⁾. Entretanto, existem estudos evidenciando que as lacerações de terceiro grau ocorrem em maior número de pacientes submetidas à episiotomia^(19,21). Com diminuição da realização da episiotomia, pode ocorrer o aumento de lacerações perineais leves; todavia, a diminuição do procedimento é justificável, considerando que essas lacerações não levam a nenhuma morbidade para a mulher, pois cursam com melhores resultados e menos complicações do que a própria episiotomia.

O ideal é que os motivos geradores da necessidade de episiotomia fossem realizados de forma controlada, com previsão e categorização das pacientes anteriormente ao nascimento. Este estudo, por ser transversal e com partos realizados por diferentes profissionais médicos e enfermeiros, não permitiu tal padronização.

Limitações do estudo

O estudo apresenta as limitações das pesquisas em bancos de dados provenientes de prontuários médicos, podendo conter informações não controladas, trazendo o viés da informação de quem alimenta os registros eletrônicos.

Contribuições do estudo para a prática

A mudança de cenário na realização de episiotomia pode ocorrer por meio da educação em saúde, desde a atenção básica no pré-natal, associada a reavaliação continuada do conhecimento técnico científico dos profissionais médicos e de enfermagem que atuam em centros de saúde, a fim de minimizar sua realização por métodos não farmacológicos, no primeiro estágio do trabalho de parto. A enfermagem tem papel importante para contribuir na modificação do panorama atual da assistência ao parto, ao atuar para reformular o uso de práticas indevidas, como a episiotomia.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que pacientes mais jovens e com maior grau de escolaridade apresentam maior prevalência de episiotomia. Esses achados podem contribuir para o estabelecimento de grupos de risco para a realização do procedimento e para um trabalho de sensibilização de todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto, utilizando critérios racionais para maximizar o benefício do procedimento. Há a necessidade de estimular modelos de atendimento mais humanizados aos médicos, visando à sensibilização desses profissionais, para que respeitem a singularidade de cada parturiente.

A episiotomia é um dos procedimentos que mais têm levantado discussões na atualidade, devido ao seu uso sistemático e rotineiro, ainda, em muitas instituições hospitalares. Há a necessidade de transformação do cenário,

em que o modelo biomédico ainda se mostra predominante. Os estudos epidemiológicos são importantes ferramentas para o conhecimento da realidade e contribuem para o planejamento de ações de saúde em nível primário, secundário e terciário.

Contribuição dos autores

Amanda de Vasconcelos Mapelli e Rodrigo Dias Nunes contribuíram na concepção da pesquisa e redação do artigo. Análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão do texto final: Rodrigo Dias Nunes, Amanda de Vasconcelos Mapelli, Nazaré Otília Nazário, Eliane Traebert, Mayara Seemann, Jefferson Traebert¹

REFERÊNCIAS

1. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective episiotomy: indications, technique and Association with severe perineal lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38(6):301-7.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. Brasília: FEBRASGO, 2010.
3. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD000071.
4. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2014; 11:66.
5. Brincat CA, Larson KA, Fenner DE. Anterior vaginal wall prolapse: assessment and treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2010; 53(1):51-8.
6. Lemos A, Amarin MM, Andrade AD, Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 10:CD009124.
7. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
8. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. 2008; 198(3):285.e1-4.
9. Organização Mundial de Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: OMS, 2000.
10. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2).
12. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1):CD000081.
13. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD000081.
14. Verghese TS, Champaneria R, Kapoor DS, Latthe PM. Obstetric anal shincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(10):1459-67.
15. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(2):201-4.
16. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen AL et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: A secondary analysis. *Birth.* 2013; 40(4):247-55.
17. Pereira GV, Pinto FA. Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde.* 2011; 15(3):183-96.
18. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 286(6):1369-73.
19. Lobo SF, Oliveira SM, Schneck CA, Silva FM, Bonadio IC, Riesco ML. Maternal and perinatal Outcomes of na alongside hospital birth center in the city of São Paulo, Brazil. *Ver Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):812-8.
20. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gislér M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 115(1):26-30.
21. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(3):627-35.

PERFIL DOS IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Lara Tereza Sekeff Santos Simão¹, Luana Pinheiro Lages¹, Miguel Henrique Pereira de Paiva¹, Natasha Louise Silva Ribeiro¹, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo¹, Gustavo de Moura Leão²

Objetivo: caracterizar o perfil dos idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). **Metodologia:** estudo transversal, retrospectivo, quantitativo, desenvolvido em um hospital do município de Teresina – Piauí, com 115 idosos internados nas UTIs no ano de 2014, utilizando questionário com perguntas fechadas. Os dados foram coletados entre junho e julho de 2016. **Resultados:** a idade-média dos idosos foi 73,9 anos (dp=9,4), 51,3% eram homens, casados (53,5%), analfabetos (40,8%), de cor amarela (45,2%) e aposentados (57,3%). A maioria dos idosos procedia do centro cirúrgico (55,6%), tinha poucas reinternações (15,7%), média de dias de internações 5,4 (dp=7,2); o desfecho foi a transferência para outro setor do hospital (62,6%). Das DCNTs, a doença cerebrovascular predominou (68,7%), sendo que 52,2% dos indivíduos possuía pelo menos uma DCNT. **Conclusão:** o conhecimento do perfil de idoso hospitalizado na UTI, suas condições clínicas e evolução contribuem para o planejamento de ações que melhorem a qualidade da assistência.

Descritores: Idoso; Unidade de Terapia Intensiva; Doenças crônicas.

PROFILE OF ELDERLY PEOPLE WITH NON-TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES HOSPITALIZED IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Objective: To characterize the profile of the elderly with chronic noncommunicable diseases (DCNT) hospitalized in Intensive Care Units (ICU). **Methodology:** a retrospective, quantitative, cross - sectional study, developed in a hospital in the city of Teresina - Piauí, with 115 elderly patients admitted to the ICUs in 2014, use a questionnaire with closed questions. Data were collected between June and July 2016. **Results:** the mean age of the elderly was 73.9 years (SD = 9.4), 51.3% were men, married (53.5%), illiterate (40, 8%), yellow (45.2%) and retirees (57.3%). The majority of the elderly came from the surgical center (55.6%), readmissions of a few (15.7%), average days of hospitalizations 5.4 (SD = 7.2), the outcome of a transfer to another sector Of the Hospital (62.6%). Of the CNCD, cerebrovascular disease predominated (68.7%), and 52.2% of the patients had CNCD. **Conclusion:** the knowledge of the profile of hospitalized elderly in the ICU, their clinical conditions and evolution to the planning of actions that improve the quality of care.

Descriptors: Elder; Intensive Care Unit; Chronic diseases.

PERFIL DE ANCIANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: caracterizar el perfil de los ancianos con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (DCNT) internados en Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Metodología:** estudio transversal, retrospectivo, cuantitativo, desarrollado en un hospital del municipio de Teresina - Piauí, con 115 ancianos internados en las UTIs en el año 2014, use cuestionario con preguntas cerradas. Los datos fueron recolectados entre junio y julio de 2016. **Resultados:** la edad media de los ancianos para 73,9 años (dp = 9,4), el 51,3% fueron hombres, casados (53,5%), analfabetos (40, 8%), de color amarillo (45,2%) y jubilados (57,3%). La mayoría de los ancianos procedentes del centro quirúrgico (55,6%), de las reinternaciones de pocas (15,7%), promedio de días de internaciones 5,4 (dp = 7,2), el resultado de una transferencia a otro sector Del Hospital (62,6%). De las DCNT, la enfermedad cerebrovascular predominó (68,7%), siendo que el 52,2% de los pacientes poseen una DCNT. **Conclusión:** el conocimiento del perfil de anciano hospitalizado en la UTI, sus condiciones clínicas y evolución para la planificación de acciones que mejoran la calidad de la asistencia.

Descriptor: Anciano; Unidad de Cuidados Intensivos; Enfermedades crónicas.

¹Curso de Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial-FACID/PI.

²Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Piauí-PI.

Autora correspondente: Natasha Louise Silva Ribeiro. E-mail: natasha-louise15@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre no corpo humano, onde se manifestam alterações nas células, tecidos e órgãos implicando na deterioração ou diminuição da capacidade funcional. Este processo e sua consequência natural, a senilidade, continua sendo uma das principais preocupações da humanidade⁽¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde considera pessoa idosa aquela com sessenta anos ou mais, em países em desenvolvimento, e sessenta e cinco anos ou mais em países desenvolvidos. Já no Brasil, a Política Nacional do Idoso considera idoso, a pessoa maior de sessenta anos de idade^(2,3).

Atualmente, no Brasil, observa-se uma transição demográfica e epidemiológica da população, que são resultantes da redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Dessa forma, há alteração nas causas de morte, tornando-se mais relacionada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)⁽⁴⁾.

Nesta perspectiva, dentre as DCNTs, as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus têm exibido relevantes destaque, uma vez que são agravos cujos fatores de riscos são tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade e estão relacionados ao modo de vida da população na atualidade. Diante disso, em 2011, a Organização Mundial de Saúde criou um plano de Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento destas. No Brasil, priorizaram-se as ações e os investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNTs nos próximos dez anos⁽⁵⁾.

Entretanto, embora o Brasil tenha investido em ações para o enfrentamento das DCNTs, constata-se que cerca de 42% a 52% das admissões ocorridas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), são por pacientes idosos com alguma doença crônica, e que os mesmos consomem cerca de 60% das diárias disponíveis. Nesse sentido, as evidências apontam que as principais causas de admissão do idoso à UTI são: pós-operatórios; insuficiência cardíaca coronariana, respiratória e renal aguda; acidente vascular encefálico; choque séptico, hipovolêmico e cardiogênico; e traumas⁽⁶⁾.

Em face do exposto, a pesquisa traçou os seguintes objetivos: determinar e caracterizar o perfil dos idosos com DCNTs internados em UTI, identificar as principais DCNTs que acometem idosos internados em UTI e relacionar seu maior índice de acometimento desta população neste setor.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população da pesquisa correspondeu aos prontuários de idosos com 60 anos ou mais que se encontravam internados na UTIs do referido hospital, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014 num total de 415 prontuários. Foram excluídos os prontuários de idosos que tenham evoluído para óbito ou sido transferidos com menos de 24 horas de internação na UTI, devido ao pouco tempo para apresentar resposta fisiológica às condutas específicas da unidade. Foi utilizada uma amostra de 115 prontuários, os quais foram escolhidos aleatoriamente, por sorteio, através do programa Bio Estat 2.0®.

Local do estudo

Realizado em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital estadual de grande porte, considerado um dos mais dos maiores e mais bem equipados da região Meio Norte do País localizado na cidade de Teresina, no estado do Piauí.

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2016. Os dados do estudo foram do tipo secundário, extraídos dos prontuários por meio de um formulário elaborado pelos pesquisadores e validado por três juízes especialistas na área de cuidados intensivos e de saúde do idoso, conforme recomendação de Lynn⁽⁷⁾. Tal formulário possuiu as seguintes variáveis dependentes: o desfecho clínico da internação do idoso em terapia intensiva, categorizada em: alta para outra unidade do hospital, transferência e óbito. As variáveis dependentes foram: sexo; data de nascimento; naturalidade; cor; estado civil; escolaridade; doenças crônicas não transmissíveis prévias; data da internação em UTI; data da alta da UTI; dias de internação na UTI; desfecho da internação na UTI.

No referido formulário, o hospital foi identificado por letra do alfabeto e os prontuários foram nominados por códigos.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram codificados, sendo elaborado um dicionário de dados, os quais foram transcritos e validados, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel ®. Após, foram exportados e analisados no IBM SPSS 22 ®, sendo geradas tabelas e gráficos. A análise foi descritiva, usou as medidas de posição (média e mediana), a medida de variabilidade (desvio padrão) e tabelas de contingência.

Procedimentos éticos

A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – UFPI

com CAAE: 50343015.5.0000.5214 e do Hospital, com CAAE: 50343015.5.3002.5613. Foi utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), garantindo confidencialidade e anonimato dos dados.

RESULTADOS

Finda a coleta de dados, foi constatado que dos 115 prontuários incluídos na amostra, 69,6% (80) correspondiam a idosos mais jovens, com idade média de 73,9 anos ($dp=9,4$); os homens representam 51,3% (59), casados 53,5% (65), analfabetos 40,8% (47), de cor amarela 45,2% (52) e aposentados 57,3% (66).

A tabela 1 apresenta as características das internações dos idosos na Unidade de Terapia Intensiva estudada, onde a maioria dos idosos foi procedente do centro cirúrgico (55,6%), também com poucas reinternações (15,7%), com média 5,4 ($dp=7,2$) dias de internação, sendo o desfecho mais encontrado a transferência para outra unidade do hospital (62,6%).

Tabela 1 - Caracterização da internação de idosos em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de referência. Teresina, 2016.

Variáveis	N	%
Procedência		
Centro Cirúrgico	64	55,6
Hemodinâmica	5	4,5
Posto	40	34,7
Outros hospitais	6	5,2
Reinternação UTI		
Sim	18	15,7
Não	97	84,3
Tempo de internação na UTI (dias)		
Média (dp)	5,4 ($\pm 7,2$)	
Menos 10	97	84,4
De 10 a 20	13	11,3
Mais de 20	5	4,3
Desfecho		
Alta outra unidade	71	61,7
Óbito	44	38,3

A tabela 2 informa as doenças causadoras da internação dos idosos na Unidade de Terapia Intensiva do estudo. Dentre elas, constata-se que Doença Cardio/Cérebro/Vascular (DCCV) foi a DCNT mais prevalente, correspondendo a 68,7% (79).

Tabela 2 - Fatores associados ao desfecho clínico em idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Teresina, 2016.

Variáveis	N	%
DCNT prévia		
DCCV	79	68,7
Diabetes Mellitus	27	23,5
Doença Pulmonar Obstrutiva		
Crônica	3	2,6
Câncer	8	6,9
Sem DCNT	23	20,0

A tabela 3 apresenta a relação às DCNTs, de acordo com o maior índice de acometimento na população idosa internada na Unidade de Terapia Intensiva, onde se observa que, dos 115 prontuários estudados, 52,2% possui pelo menos uma DCNT.

Tabela 3 - Relação às DCNTs de acordo com o maior índice de acometimento na população idosa internada em Unidade de Terapia Intensiva. Teresina, 2016.

Variáveis	N	%
Quantidade de DCNT		
Sem DCNT	23	20,0
1	60	52,2
2	28	24,3
3	4	3,5

DISCUSSÃO

Neste estudo, constatou-se que a maioria dos idosos internados em UTI era do sexo masculino (51,3%). Estudos internacionais realizados nessa população reportam resultados similares: nos Estados Unidos da América, uma pesquisa com 42 idosos com idade superior a 65 anos, encontrou que 57% dos participantes eram do sexo masculino⁽⁶⁾. Na perspectiva nacional, é possível visualizar um panorama diferente, onde em Porto Alegre, uma pesquisa com 220 idosos de 60 anos ou mais, constatou que 51,8% dos participantes eram mulheres⁽⁹⁾; Nesse sentido, acredita-se que esse fato seja devido à feminização da velhice, visto que, no Brasil, a população tinha 203,2 milhões de pessoas, sendo 51,6% de mulheres. Fato esse que permanece na população que se encontra na faixa etária pesquisada, aquela com 60 anos ou mais, em que se constata a existência de 55,7% pessoas do sexo feminino. Conquanto, em uma pesquisa realizada em Salvador, com 35 pacientes idosos, constatou 62,9% de idosos do sexo masculino^(10,11).

No tocante à idade média dos idosos pesquisados, o valor encontrado foi de 73,9 anos, verificando-se o predomínio de idosos mais jovens (69,9%). Podemos observar a semelhança com outros estudos realizados com essa população, os quais encontraram idade média de 74,2 anos e de 73,3 anos^(12,13).

No que diz respeito ao estado civil, constatou-se nesta pesquisa que 56,5% dos idosos eram casados. No Brasil, tal dado também é percebido em estudo desenvolvido em Porto Alegre, com 220 idosos, em que 42,7% eram casados⁽⁹⁾.

Em relação à escolaridade, 40,8% dos idosos são analfabetos. Em outra pesquisa realizada, em 2014, pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo IBGE, 58,2% dos analfabetos do país tinham idade acima de 55 anos. A faixa etária de 35 a 54 anos de idade representou 55,7% dos analfabetos na pesquisa de 2014⁽¹⁴⁾.

No que tange o aspecto da cor, foram constatados 45,2% de cor amarela, na qual de acordo com o IBGE, pessoas da cor

amarela são aqueles indivíduos descendentes de asiáticos ou orientais; sendo assim, essa taxa corresponde a descendentes de indivíduos de cor/etnia diferentes/miscigenação. Um estudo realizado na cidade de Montes Claros – MG, com 286 idosos, corrobora com isso, mostrando que a maioria dos participantes era parda (54%)⁽¹⁵⁾.

Verificou-se, ainda, neste estudo, que um total de 57,3% dos idosos era de aposentados. Isso é confirmado em estudos realizados no Brasil, onde dados relativos à aposentadoria são reforçados, como a investigação realizada em Florianópolis, em que dos 875 idosos estudados, 78,7% eram aposentados e no estudo FIBRA, realizado em sete cidades brasileiras com 3.478 idosos, o qual encontrou que 76% dos participantes também era de pensionistas^(16, 17).

No que se refere à internação, verificou-se que 55,6% dos idosos admitidos na UTI eram procedentes do centro cirúrgico. Corroborando com os dados, uma pesquisa feita em São Paulo com 252 idosos, verificou-se que 36,1% vieram do centro cirúrgico⁽¹⁸⁾.

Dos idosos internados na UTI, 84,3% não sofreram reinternação nessa unidade após desfecho de sua primeira internação. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa com 252 idosos em São Paulo, a qual verificou que em 90,5% dos casos também não ocorram reinternações. O tempo médio de internação encontrado foi de 5,4 dias ($\pm 7,2$), aproximando-se dos resultados de outros estudos desenvolvidos no Brasil. Em São Paulo, observou-se média de 4,0 dias (2,0 – 9,0)^(18, 19).

No que concerne ao desfecho da internação na UTI, o dado encontrado mostra um total de 61,7% de alta para outra unidade do hospital e 38,3% de óbito. Em pesquisa realizada em São Paulo, foi encontrado um total de 23,7% de óbitos⁽¹⁸⁾, valor menor ao do presente estudo.

Ao pesquisar os fatores associados ao desfecho clínico da internação dos idosos em UTIs, foram coletados dados referentes às DCNTs que o paciente portava na admissão. Seguimos o plano de ações e estratégias para o enfrentamento das DCNTs do Governo Federal que definem e priorizam ações e investimentos, visando preparar o país para enfrentar e deter principalmente as DCCVs, Câncer, DPOC e DM⁽⁵⁾ e constatamos que, na admissão, as DCCVs foram as mais incidentes, atingindo 68,7% dos idosos admitidos. Logo depois, tivemos a Diabetes Mellitus que teve incidência em 23,5% dos idosos; por último, câncer e DPOC, atingindo 7% e 2,6% dos idosos, respectivamente. Entretanto, foi encontrado também que 20% dos idosos não possuíam nenhuma DCNTs. Constatou-se, ainda, que 52,2% dos idosos possuíam pelo menos uma DCNTs.

Um estudo realizado em Albacete, na Espanha, com

331 idosos com mais de 65 anos, encontrou que 74,9% apresentavam Hipertensão Arterial, classificada no Brasil como uma DCCV; DM vinha com a quarta colocação com 28,1%; Câncer apresentava uma frequência de 13,3%, colocando-se na sexta colocação⁽²⁰⁾.

No Brasil, pesquisa realizada em Porto Alegre encontrou que 43,3% dos idosos apresentavam DCCV, seguido de 20,6% com Câncer; em Rio Branco, Estado do Acre, os resultados são equivalentes com os encontrados na pesquisa, com 26,6% de DCCV e 12,7% com DM^(9, 21).

Limitações do estudo

Dentre as limitações encontradas no desenvolvimento desta pesquisa, é possível citar a dificuldade de colher os dados, seja pela constatação de letras ilegíveis, seja devido ao desgaste e à má conservação dos prontuários.

Contribuição do estudo para a prática

A partir do conhecimento do perfil de idoso hospitalizado na UTI, bem como suas condições clínicas por ocasião da internação e sua evolução, verifica-se a necessidade de incentivar as unidades básicas de saúde (UBS) a realizarem atividades que sensibilizem a população quanto aos fatores de risco, visando à redução das DCNTs, mediante palestras educativas ou rodas de conversas com o público alvo e, ainda, estimular a identificação precoce das DCNTs, para que sejam realizados monitoramento e acompanhamento periódico, evitando assim internações futuras.

CONCLUSÃO

O estudo permite caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos internados em UTI, onde a maioria corresponde a idosos mais jovens, com idade média de 73,9 anos, homens, casados, analfabetos de cor amarela e aposentados; idosos procedentes do centro cirúrgico devido a pós-operatório imediato, com poucas reinternações. Ao identificar a DCNT mais prevalente, constata-se que a DCCV é a mais incidente nos idosos, podendo também relacionar as DCNTs, de acordo com o maior índice de acometimento nessa população, sendo observado que 52,2% possuem pelo menos uma DCNT.

A limitação desse estudo está relacionada ao estado de má conservação dos prontuários, dificultando a coleta de dados.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Lara Tereza Sekeff Santos Simão, Gustavo de Moura Leão, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo; Análise e interpretação dos dados: Lara Tereza Sekeff Santos Simão, Gustavo de Moura Leão, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo; Redação do artigo: Lara Tereza Sekeff Santos

Simão, Gustavo de Moura Leão, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo, Luana Pinheiro Lages, Miguel Henrique Pereira de Paiva, Natasha Louise Silva Ribeiro; Revisão crítica: Lara Tereza Sekeff Santos Simão, Gustavo de Moura Leão, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo, Luana Pinheiro Lages, Miguel Henrique

Pereira de Paiva, Natasha Louise Silva Ribeiro; Revisão final: Lara Tereza Sekeff Santos Simão, Gustavo de Moura Leão, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo, Luana Pinheiro Lages, Miguel Henrique Pereira de Paiva, Natasha Louise Silva Ribeiro

REFERÊNCIAS

- Freitas EV, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- Organização Mundial de Saúde (BR). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília;2005.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional do Idoso. Brasília(DF) ;2010.
- Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doenças no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 20];25(4):713. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00713.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília. 160 p.: Ministério da Saúde, 2011.
- Schein LEC, Cesar JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 27];13(2):289-301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *New York. Nurs Res* [Internet]. 1986 [cited 2015 Oct 28];35(6):382-385. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>
- Chiarchiaro J, Olsen MK, Steinhauer KE, Tulsy JA. Admission to the Intensive Care Unit and well-being in patients with advanced chronic illness. *Critical Care Management* [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 10];22(3):223. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635931>
- Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 13];34(1):55-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100007
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE(BR). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro. 102 p. IBGE, 2015.
- Souza MP, Araújo SM, Dourado MB, Gama GGG. Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 20];6(1):42. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1164/847>
- Bonfada D, Santos MM, Lima KC, Garcia-Altés A. Análise de sobrevivência de idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 20];20(2):198-206. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/pt_1809-9823-rbgg-20-02-00197.pdf.
- Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 20];19(1):119. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00119.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (BR). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro. 137 p. IBGE, 2015.
- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 20];19(8):3317. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>
- Antes DL, Ribeiro DF, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: Análise comparativa dos estudos Perfil do Idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009. *Rev. bras. Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited Oct 19];17(1):189-202. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00189.pdf
- Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 20];29(4):778. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>
- Oliveira VCR, Nogueira SL, Andolhe R, Padilha KG, Sousa RMC. Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2016 Sep 21];19(6):1344-1351. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_10.pdf
- Stein FC, Barros RK, Feitosa FS, Toledo DO, Junior JMS, Ísola AM, et al. Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 21];21(3):255. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a04v21n3.pdf>
- González-Vaca J, Rica-Escuín M, Silva-Iglesias M, Arjonilla-García MD, Varela-Pérez R, Oliver-Carbonell JL, et al. Frailty in Institutionalized older adults from Albacete. The FINAL Study: Rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas* [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 23];77(1):78-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24189222>
- Acuña K, Costa E, Grover A, Camelo A, Júnior RS. Características clínico-epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2007 [cited 2015 May 03];19(3):304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a06.pdf>

CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CONCEPÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Thamires Faria de Andrade¹, Mônica Maria de Jesus Silva¹

Objetivo: analisar as características dos enfermeiros no Atendimento Pré-Hospitalar, sua formação profissional e dificuldades no exercício da profissão. **Metodologia:** estudo descritivo-exploratório, realizado com sete enfermeiros, por meio de uma entrevista estruturada, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** os enfermeiros são egressos de faculdades privadas; possuem formação específica e encontram dificuldades no exercício profissional. **Conclusão:** a formação específica não garante a inexistência de dificuldades no exercício profissional no atendimento pré-hospitalar e estas evocam a necessidade de aperfeiçoamento, atualização constante e educação em saúde da população.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviços médicos de emergência.

CHARACTERISTICS OF NURSES IN PRE-HOSPITAL CARE: CONCEPTIONS ABOUT PROFESSIONAL TRAINING AND PROFESSIONAL PRACTICE

Objective: to analyze the characteristics of nurses working in pre-hospital care, their professional training and difficulties in the exercise of their profession. **Methodology:** a descriptive-exploratory study, was performed with seven nurses working in the Mobile Emergency Care Service of a city in the South of Minas Gerais, Brazil. **Results:** nurses are graduates of private colleges; Have specific training and encounter difficulties in their professional practice. **Conclusion:** the specific training does not guarantee the absence of difficulties in the professional practice in prehospital care and these evocate the need for improvement, constant updating and health education of the population

Descriptors: Nursing; Emergency nursing; Emergency Medical Services.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALAR: CONCEPCIONES SOBRE LA FORMACIÓN Y EL EJERCICIO PROFESIONAL

Objetivo: analizar las características de los enfermeros que actúan en el Servicio Pre-Hospitalario, su formación profesional y dificultades en el ejercicio de la profesión. **Metodología:** estudio descriptivo-exploratorio, realizado con siete enfermeros actuantes en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia de un municipio del Sur de Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** los enfermeros son egresados de colegios privados; Tienen formación específica y encuentran dificultades en el ejercicio profesional. **Conclusión:** la formación específica no garantiza la inexistencia de dificultades en el ejercicio profesional en la atención prehospitalaria y éstas evocan la necesidad de perfeccionamiento, actualización constante y educación en salud de la población.

Descriptoros: Enfermería; Enfermería en emergencia; Servicios médicos de emergencia.

¹Faculdades Integradas Asmec-SP.

Autora correspondente: Mônica Maria de Jesus Silva. E-mail: monicamjs@usp.br

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) caracteriza-se por toda assistência prestada fora do âmbito hospitalar, aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, a qual pode ser direta ou indireta, a depender dos recursos disponíveis⁽¹⁾. No Brasil, essa modalidade de atendimento se operacionaliza por meio do Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), que visa prestar assistência pré-hospitalar de forma rápida às necessidades do usuário em casos de urgência⁽²⁾.

A equipe que atua no SAMU é composta por coordenador do serviço; médico responsável técnico; enfermeiro responsável; médicos reguladores; médicos intervencionistas; enfermeiros assistenciais; auxiliares e técnicos de enfermagem, condutores, radio-operadores e telefonistas⁽²⁾. O enfermeiro possui como atribuição no APH, o cuidado inicial e contínuo aos pacientes que demandem alta complexidade, além da prestação de serviços operacionais e administrativo, o que requer alto nível de conhecimentos e habilidades^(3,4) e exige a busca de aperfeiçoamento para a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas por meio de cursos de especialização em urgência e emergência ou APH que atendam as diretrizes do Ministério da Educação e do Conselho Federal de Enfermagem.

Porém, mesmo com os cursos proporcionados, os enfermeiros que atuam em APH podem encontrar dificuldades na prática do exercício profissional. Às dificuldades associadas a lacunas na formação profissional, somam-se as particulares dessa modalidade de assistência que constantemente requer o enfrentamento do inesperado e exige conduta rápida, ações simultâneas da equipe, autocontrole, conhecimento e presteza⁽⁵⁾.

Considerando a existência de lacunas na formação dos enfermeiros ligadas às dificuldades enfrentadas pelos profissionais em relação à teoria e à prática, este estudo teve como objetivo analisar as características dos enfermeiros que atuam no APH, sua formação profissional e as dificuldades encontradas na realização do exercício profissional junto a uma equipe de enfermagem de uma unidade recém-inaugurada do SAMU.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo.

Participantes da pesquisa

Todos os sete enfermeiros que atuam na referida unidade foram participantes do estudo. O número de participantes é justificada pelo fato da unidade do SAMU ser uma modalidade

de atendimento à população nova na região e recém-inaugurada. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro e atuar no SAMU de Ouro Fino, MG.

Local do estudo

Estudo realizado na unidade do SAMU da cidade de Ouro Fino, MG, Brasil. A unidade do SAMU nesta localidade foi recém-inaugurada, iniciando suas atividades no início do ano de 2015 com o objetivo de atender seis cidades da região do Sul de Minas Gerais. Localizada na Rodovia MG 290, na cidade de Ouro Fino, MG, a base integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas (CISSUL) e beneficia uma população de cerca de 4 milhões de pessoas dos 153 municípios que fazem parte do Consórcio.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em agosto de 2015 por meio de visitas diárias à base do SAMU. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário estruturado, de autoria das pesquisadoras, aplicado pelas mesmas por meio de entrevista. O instrumento apresentava 17 questões objetivas divididas na forma de um check-list em quatro eixos: caracterização socioeconômica e demográfica; formação e experiência profissional; conhecimentos e habilidades; e dificuldades na atuação profissional do enfermeiro.

O formulário foi aplicado em uma sala reservada e com segurança resguardada, visando manter a privacidade dos participantes.

Procedimentos de análise dos dados

Após a coleta dos dados, os mesmos foram compilados visando a extração dos resultados.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Asmec, sob parecer nº 1107865, de acordo com as orientações da Resolução 196/96.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete enfermeiros com idade entre 30 e 55 anos, com predomínio da faixa etária entre 30 e 35 anos e de mulheres.

Para melhor compreensão, os dados foram evidenciados em três categorias, a saber:

Formação profissional

Quanto à formação profissional, todos os enfermeiros eram egressos de universidades privadas localizadas no Sul de Minas Gerais, Brasil.

Verificou-se que a maior parte dos participantes concluiu a graduação em enfermagem de 5 a 10 anos e possuía

especialização *latu sensu*, sendo que todos estes eram especialistas em Urgência e emergência e dois detinham também a especialização de Urgência e Emergência com ênfase em APH. Ressalta-se que entre os cinco enfermeiros que possuíam especialização em APH, quatro possuíam mais alguma especialização além de Urgência e emergência, entre as quais: Enfermagem Intensiva⁽²⁾; Saúde pública⁽¹⁾ e Enfermagem Intensiva Neonatal e Pediátrica⁽¹⁾. Vale lembrar que houve mais de uma resposta por participantes, pois um mesmo enfermeiro possuía mais de uma especialização. Evidenciou-se ainda que os dois enfermeiros que não possuíam especialização em APH, detinham, no entanto, especialização em outras áreas, como Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem do Trabalho, Acupuntura, Auditoria em Serviço de Saúde e Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Entre estes também houve mais de uma resposta por participantes.

Além do curso de especialização *latu sensu*, todos os enfermeiros entrevistados possuíam também cursos em APH como Primeiros Socorros; Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS); Suporte Básico de Vida (BLS); Suporte pré-hospitalar de Vida no Trauma (PHTLS); Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS) e o Treinamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas (CISSUL) que gere o SAMU na região do Sul de Minas Gerais e é oferecido pelo mesmo, visando ofertar preparo básico aos profissionais.

Conhecimentos e habilidades

Os conhecimentos e habilidades para atuar em APH, assim como sobre a formação profissional, foram classificadas em básico e complementar para verificar se os conteúdos teóricos e práticos assim como as habilidades adquiridas na especialização e/ou cursos em APH foram próprias ao exercício dos enfermeiros que atuam neste serviço.

Entendeu-se por básico o que é fundamental, essencial; e por complementar, o que complementa o elementar. Também foi apresentada a opção “não sei” como possibilidade de resposta.

Dentre os enfermeiros participantes do presente estudo, a maioria referiu que o conteúdo teórico da especialização e/ou cursos em APH lhes proporcionou conhecimento adequado e suficiente para sua atuação, porém todos os entrevistados o classificaram como complementar à sua formação. Quanto ao conteúdo prático da especialização e/ou cursos, todos os enfermeiros afirmaram que o mesmo foi adequado e suficiente para sua atuação na área, assim como todos também classificaram o conteúdo prático adquirido como complementar.

Atuação profissional

Referente a atuação na área de APH, o tempo de atuação variou entre 5 meses a 8 anos, sendo que a maioria atua há cinco meses na área, iniciando sua atuação com o ingresso na base do SAMU na cidade desde sua inauguração.

Neste estudo, predominaram enfermeiros que optaram pela atuação devido à afinidade pela área; gostar desta atuação e sentir confiança para atuar no atendimento pré-hospitalar, apesar de encontrarem dificuldades atuais na execução do trabalho, as quais também estiveram presentes no início da carreira em APH (TABELA 2).

A maioria dos participantes referiu ter encontrado dificuldades no começo do seu exercício profissional, entre elas, a inexperiência; conhecimento deficiente durante a graduação; falta de formação específica; falta de entrosamento da equipe; riscos relacionados à cena em que se encontram as vítimas; falha na comunicação com a Central de Regulação e vivência com o processo de morte e morrer. Atualmente, ainda enfrentam dificuldades, em seu dia-a-dia de trabalho, como a falta de reconhecimento da atuação; adequação a novas tecnologias agregadas ao serviço; falhas na comunicação com a Central de Regulação; falta de materiais que acarreta imprevisto para que possam atender as necessidades do paciente sem deixar de prestar o socorro adequado; desinformação da população sobre os serviços prestados pelo SAMU; além dos riscos relacionados à cena em que se encontram as vítimas.

De acordo com os profissionais que referiram encontrar dificuldades na atuação em APH, a sua minimização está apoiada em estudos e atualização contínuos, promovidos com educação permanente das práticas e teorias vividas no cotidiano do serviço de APH; na educação em saúde da população, no que se refere a conferir-lhe informações sobre o atendimento realizado pelo SAMU e na vivência da prática cotidiana, pois, segundo os entrevistados, a experiência e a sabedoria na área traduzem-se em menor dificuldade.

DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo assemelham-se a outro estudo no que se refere à idade; no entanto, diferem quanto ao sexo, uma vez que no referido estudo, o qual foi realizado na Suécia, 69% eram homens⁽⁶⁾. Quanto à idade dos enfermeiros que atuam no APH, os dados demonstram a presença de uma equipe de enfermagem com um perfil relativamente jovem, indo ao encontro de que a maioria dos profissionais está na faixa etária mais produtiva de suas vidas. Referente ao sexo, prevaleceram neste estudo as mulheres. Achado que denota a forte ligação da identidade histórica da enfermagem com a predominância feminina, apesar da tendência crescente de prevalência do sexo masculino nas equipes de APH, como

apontado em recente revisão de literatura⁽⁷⁾.

Relativo à formação profissional, constatou-se que todos os enfermeiros entrevistados concluíram a graduação em Enfermagem em instituições privadas de ensino. A opção por instituições privadas pode estar relacionada à distribuição espacial de universidades públicas que oferecem o curso de enfermagem no cenário brasileiro, assim como a insuficiência de recursos para arcar com o ônus financeiro dos estudos, exigindo que o aluno opte por uma universidade que ofereça ensino no período noturno, permitindo-lhe trabalhar no período diurno, característica inerente, em sua maioria, às instituições privadas.

Como já evidenciado na literatura⁽⁸⁾, verificou-se ainda que a maioria dos profissionais entrevistados têm entre 5 e 10 anos de formação na graduação em enfermagem. O tempo de formação pode inferir em maior potencial de experiência, capaz de proporcionar ao profissional maior segurança no desempenho de suas funções, uma vez que o conhecimento é aprimorado com a experiência e treinamento contínuo⁽⁹⁾.

Quanto à especialização dos profissionais, observou-se que a maioria a possui, e ainda que todos os enfermeiros são especialistas em urgência e emergência, além de alguns possuírem especializações em outras áreas de atuação da Enfermagem. Esses achados indicam a presença de um perfil profissional de alto nível instrucional, evidenciando que os profissionais estão investindo em sua formação, buscando melhorar o atendimento no APH por meio de novos conhecimentos e titulações.

Vale ressaltar que a especialização ou curso de capacitação/habilitação na área de APH muitas vezes é um requisito para admissão no serviço, tornando sua realização uma necessidade para quem deseja atuar na área. Dos cinco enfermeiros que possuem especialização em APH, todos a concluíram nos últimos quatro anos, sendo que três concluíram especialização há um ano, demonstrando uma busca recente por conhecimentos específicos na área de atuação. Quanto aos cursos específicos que qualificam o enfermeiro para a atuação em APH, todos os enfermeiros entrevistados o possuíam, resultado também evidenciado em outro estudo, porém em menores índices⁽⁶⁾.

O serviço de urgência requer níveis elevados de conhecimentos e capacitação e os profissionais necessitam estar preparados para oferecer um cuidado que se converta em benefício do paciente⁽⁶⁾. Assim, a realização de cursos visa suprir as lacunas na formação e aprimoramento que se refletem em mudanças notadas diariamente nas atividades durante a assistência à vítima⁽¹⁰⁾.

Concernente às questões sobre formação profissional e conhecimentos e habilidades adquiridas na especialização e/ou cursos para atuar em APH, os presentes resultados

contrastam com outro estudo em que a totalidade dos enfermeiros classificou como básico ou complementar o conteúdo teórico e habilidades necessárias para a prática clínica em APH⁽¹¹⁾.

Em um contexto em que é notória a necessidade de preparo dos profissionais para a atuação, na qual a capacitação proporcionará exímio atendimento ao paciente, os conhecimentos técnico-científicos especializados são de suma importância para o desenvolvimento das habilidades e competências na execução de procedimentos no APH, uma vez que fundamentam a assistência prestada, agregam excelência à prática profissional, valorizam o desempenho e a competência técnica na área, garantindo segurança no atendimento⁽¹²⁾.

Em relação ao tempo de atuação, os achados se contrapõem ao encontrado na Suécia em que os enfermeiros possuíam de 2 a 33 anos de experiência na atuação em APH⁽⁶⁾. Esses resultados evidenciam a baixa rotatividade do serviço e da área e sugerem que os anos de permanência no serviço promovem experiência que insere qualidade ao atendimento.

Referente ao sentimento em relação a atuação em APH, estudo realizado na Inglaterra em que os profissionais relataram uma imagem sombria de suas experiências de trabalho, com alta insatisfação em relação ao salário, número de pessoal e a incidência de lesões relacionadas ao trabalho, contradiz os resultados do presente estudo no qual a totalidade dos participantes revelou gostar da atuação, estando satisfeito com ela. Sobre a confiança para atuar no APH, frente aos resultados evidenciados, pode-se inferir que este sentimento denota que o profissional se considera preparado para agir no socorro à vítima, adquirindo uma postura capaz de instaurar um ambiente propulsor de bom relacionamento entre a equipe.

Quanto às dificuldades encontradas, tanto no início da atuação como atualmente, os resultados são corroborados por estudo, no qual emergiram como dificuldades o desconhecimento da função do SAMU pela população, a falta de reconhecimento da atuação e as dificuldades no entrosamento com a equipe⁽¹³⁾.

A associação da prática profissional ao conhecimento técnico-científico foi fator referido pelos enfermeiros deste estudo como solução para minimizar as dificuldades encontradas, com destaque para a educação em saúde e a educação permanente, que remetem à importância da educação em serviço. Esse resultado é corroborado por estudo realizado na Suécia em que os enfermeiros relataram querer mais preparação e treinamento para atuar, sugerindo treinamento hospitalar, treinamento de cenário regular, palestras de especialistas no campo e estudos sobre o assunto para aumentar os conhecimentos e habilidades⁽⁴⁾.

A percepção e valorização da educação permanente como importante ferramenta de trabalho também foi apontada por enfermeiros brasileiros, que a reconhecem como salutar para o aprimoramento das práticas em saúde⁽¹⁰⁾. A atualização dos treinamentos é necessária para evitar a multiplicação de erros cometidos, assim como a Educação Permanente em Serviço, a qual se apoia na reflexão crítica sobre as rotinas de trabalho e nos profissionais em ação nos serviços de saúde, proporcionando a criação de momentos para discussão sobre o trabalho e a maior participação de todos nas responsabilidades da equipe⁽¹⁴⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta, como limitação, o reduzido número de participantes, justificado pelo fato do mesmo ter sido realizado em um serviço recém-inaugurado. Assim, em busca do avanço na assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, mais estudos dessa natureza são necessários, pois apontam pontos cruciais para a compreensão da formação e exercício profissional na área, norteando novos caminhos que objetivam a qualidade da assistência.

Contribuição do estudo para a prática

Embora cursos e especializações proporcionem uma aquisição de conhecimento específico para o desempenho das atividades em serviços de APH, a atualização constante

promovida pela educação permanente é uma premissa para a atuação na área, assim como a educação em saúde da população e a experiência profissional, as quais agem como atenuantes nas dificuldades encontradas na atuação profissional.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros que atuam no APH possuem formação específica para atuar na área, porém esta não garante a inexistência de dificuldades no desenvolvimento exercício profissional. As dificuldades encontradas pelos enfermeiros que atuam no APH evocam a necessidade de aperfeiçoamento por meio de cursos e especializações na área antes ou após o ingresso no serviço, visando a ampliação do conhecimento e consequente promoção de atendimento qualificado ao paciente.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Thamires Faria de Andrade e Mônica Maria de Jesus Silva.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1864 GM/MS. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 15 out 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048 GM/MS de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento das urgências e emergências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 30 out 2015.
3. Varnedell W, Ryan E, Jeffers A, Marquez-Hunt N. Emergency nursing workload and patient dependency in the ambulance bay: A prospective study. *Australas Emerg Nurs J*. [Internet]. 2016 [cited 01 oct 2017];19(4):210. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27726972>
4. Nordén C, Hult K, Engström Å. Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2014 [cited 01 oct 2017];22(2):75-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23711561>
5. Bezerra FN, Silva TM, Ramos V. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [acesso 25 set 2017];25(Special Issue 2):151-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/24.pdf>
6. Jonas Wihlborg, Gudrun Edgren, Anders Johansson, Bengt Sivberg. Reflective and collaborative skills enhances Ambulance nurses competence - A study based on qualitative analysis of professional experiences. *Internacional Emergency nursing* [Internet]. 2017 [cited 2017 jun 10];32(1):20. Available from: <http://10.1016/j.ienj.2016.06.002>.
7. Dal Pai D, Lima MADS, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2015 [acesso 02 set 2017];17(4):1-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31522>
8. Carreno I; Veleda CN; Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Min Enferm. Reme* [Internet]. 2015 [acesso 2 nov 2015];19(1):88-94. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150008>
9. Oliveira DM, Pereira CU, Freitas ZM. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*. [Internet] 2014 [acesso 20 out 2015];33(1):22-32. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>
10. Coelho GMP, Abib SCV, Lima KSB, Mendes RNC, Santos RAA, Barros AG. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm. em Foco* [Internet]. 2013 [acesso 29 set 2017]; 4(3,4) 161. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/540/223>
11. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. *Rev Latino Am. Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 20 dez 2015];16(2):192-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf
12. Anjos MS, Oliveira SS, Rosa DOS. Perspectivas de enfermeiras no cuidado em atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso 20 mai 2017];30(1):375-81. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14442>
13. Luchtemberg MN, Pires DEP. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um Estado da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat*. [Internet]. 2017 [acesso 25 set 2017];10(1):31-45. Disponível em: <Downloads/472-1501-1-PB.pdf>
14. Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de Atendimento. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso 10 jan 2017];30(1):375-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05.pdf>

NURSING ACTIVITIES SCORE E SUA CORRELAÇÃO COM A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA: REFLEXÃO TEÓRICA

Rosane Barreto Cardoso¹, Célia Pereira Caldas², Priscilla Alfradique de Souza³

Objetivo: discutir a aplicabilidade do Nursing Activities Score (NAS) à luz da teoria do conforto, relacionando a abrangência das áreas do cuidado descrita neste instrumento aos contextos de conforto propostos na teoria de Kolcaba. Metodologia: estudo teórico, de análise crítica, fundamentado nos princípios da teoria do conforto de Kolcaba. Reflexão: as atividades avaliadas pelo NAS são congruentes com os contextos de conforto propostos na teoria de Kolcaba, podendo contribuir para a promoção do conforto. Nota-se, no entanto, que há menor número de itens para avaliar os contextos socioculturais, psicoespirituais e ambientais. A maioria das atividades valoriza as necessidades orgânicas e biológicas dos pacientes. Conclusão: apesar das atividades do NAS mostrarem-se equivalentes com os contextos de conforto propostos por Kolcaba, não se pode afirmar que os cuidados prestados serão integralmente condizentes aos pressupostos da teoria, necessitando de estudos posteriores para validação clínica.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Administração de recursos humanos; Escalas; Enfermagem.

NURSING ACTIVITIES SCORE AND ITS CORRELATION WITH THE THEORY OF KOLCABA COMFORT: THEORETICAL REFLECTION

Objective: To discuss the applicability of the Nursing Activities Score (NAS) in the light of the Comfort Theory, relating the range of care areas described in this instrument to the comfort contexts proposed in Kolcaba's theory. Methodology: theoretical study, critical analysis, based on the principles of Kolcaba comfort theory. Reflection: the activities evaluated by the NAS are congruent with the contexts of comfort proposed in the Kolcaba theory, and can contribute to the promotion of comfort. It is noted, however, that there are fewer items to evaluate the sociocultural, psycho-spiritual and environmental contexts. Most activities value the organic and biological needs of patients. Considerations: Although the activities of the NAS are consistent with the comfort contexts proposed by Kolcaba, it cannot be said that the care provided will be fully compatible with the theoretical assumptions, requiring further studies for clinical validation.

Descriptors: Nursing Theory; Personnel management; Scales; Nursing.

NURSING ACTIVITIES SCORE Y SU CORRELACIÓN CON LA TEORÍA DEL CONFORT DE KOLCABA: REFLEXIÓN TEÓRICA

Objetivo: discutir la aplicabilidad del Nursing Activity Score (NAS) a la luz de la Teoría del Confort, relacionando el alcance de las áreas del cuidado descrito en este instrumento a los contextos de confort propuestos en la teoría de Kolcaba. Metodología: estudio teórico, de análisis crítico, fundamentado en los principios de la teoría del confort de Kolcaba. Reflexión: las actividades evaluadas por el NAS son congruentes con los contextos de confort propuestos en la teoría de Kolcaba, pudiendo contribuir a la promoción del confort. Se observa, sin embargo, que hay menor número de ítems para evaluar los contextos socioculturales, psicoespiritual y ambiental. La mayoría de las actividades valoran las necesidades orgánicas y biológicas de los pacientes. Consideraciones: a pesar de que las actividades del NAS se muestran congruentes con los contextos de confort propuestos por Kolcaba, no se puede afirmar que los cuidados prestados sean íntegramente concordantes a los presupuestos de la teoría, necesitando estudios posteriores para validación clínica.

Descriptores: Teoría de Enfermería; Administración de personal; Enfermería

INTRODUÇÃO

Os indicadores de demanda de cuidados têm sido muito utilizados para assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem e para subsidiar os cálculos de pessoal nas diferentes unidades hospitalares⁽¹⁾. Os instrumentos de mensuração em enfermagem, como tecnologias do cuidar, têm sido utilizados desde a época de Florence Nightingale para a realização do cuidado de enfermagem, como ao alocar os pacientes mais graves próximos aos postos de enfermagem⁽²⁾ e, na atualidade, no desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e na implementação do processo de enfermagem (PE).

Para que se possa implementar adequadamente a SAE e o PE, é necessário planejamento para o reconhecimento da estrutura política e organizacional da instituição, assim como dos recursos humanos e materiais da unidade de saúde⁽³⁾. Deste modo, o gerenciamento de recursos humanos é uma atividade administrativa indispensável para realização do processo de enfermagem⁽⁴⁾.

A SAE fornece subsídios para a organização da assistência e a gerência do cuidado. Implica na organização do trabalho profissional quanto ao método, recursos pessoais e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE⁽⁵⁾.

O PE é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, com o objetivo de orientar o cuidado profissional de enfermagem e a documentação adequada da prática⁶. O PE se organiza em cinco etapas, a saber⁽⁵⁾: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

O dimensionamento de recursos humanos de enfermagem tem sido amplamente discutido com a finalidade de auxiliar na avaliação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos de enfermagem com respeito à carga de trabalho^(4,7). Deste modo, tem sido utilizado para classificar os pacientes em relação às suas necessidades de enfermagem assim como para quantificar o tempo de assistência de enfermagem despendido.

Dentre os instrumentos utilizados pelos enfermeiros para avaliar a carga de trabalho de enfermagem, o Nursing Activities Score (NAS) é descrito na literatura^(8,9,10,11) como pioneiro para classificar os pacientes críticos, assim como para estimar e avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem nas unidades de terapia intensiva (UTI). Esse instrumento foi originalmente escrito na língua inglesa, em 2001, adaptado transculturalmente, validado e traduzido para a língua portuguesa por Queijo e Padilha em 2002⁽⁸⁾. Trata-se de um instrumento que pontua as necessidades de cuidados requeridas pelos pacientes em 24 horas, a partir

da quantificação das intervenções realizadas no período. Foi desenvolvido por Miranda e seus colaboradores⁹, a partir do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28).

O NAS é composto por sete grandes categorias (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico, e intervenções específicas)^{9,10,11}, as quais possuem subcategorias, subdivididas em 23 itens. Cada item corresponde a uma situação, quadro ou conduta, aplicáveis pelo enfermeiro a um paciente, e a cada um dos itens é atribuída uma pontuação. O escore total do paciente é a soma da pontuação de todos os itens, de acordo com suas necessidades de assistência direta e indireta⁽⁹⁾. Esse total representa em porcentagem quanto tempo de assistência o paciente exigiu nas 24 horas, sendo seu total máximo 176,8%. Assim, se a pontuação for 100, interpreta-se que o paciente requereu 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado nas últimas 24 horas. Cada ponto do NAS corresponde a 14,4 minutos. Neste sentido, dois pontos do NAS equivalem a aproximadamente 30 minutos.

A enfermagem tem buscado pautar sua prática profissional em conhecimentos teóricos por reconhecer a importância da fundamentação teórica para uma prática científica, bem como para a organização e qualidade da assistência. As teorias de enfermagem têm favorecido a implementação de princípios científicos, a partir do desenvolvimento dos metaparadigmas da enfermagem (saúde, ambiente, enfermagem e indivíduo) e o PE^(12,13). No entanto, apesar da crescente utilização de instrumentos de mensuração, pouco se tem estudado sobre o uso dessa tecnologia à luz das teorias de enfermagem⁽¹²⁾.

A escolha dos instrumentos de mensuração deve ser adequada a uma teoria adotada pelo enfermeiro, para que os resultados da assistência de enfermagem possam ser operacionalizados a partir do objetivo terapêutico traçado pelo enfermeiro, de acordo com a teoria de enfermagem adotada.

Neste sentido, este estudo pretende discutir a aplicabilidade de um instrumento de mensuração à luz da teoria do conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria tem sido considerada uma teoria de médio alcance, que tem sido muito utilizada como fundamentação para implementação do processo de enfermagem.

O conforto, que é o elemento principal desta teoria, é considerado como uma necessidade básica da pessoa humana, um resultado essencial do cuidado de enfermagem universalmente desejável e relevante em várias taxonomias profissionais e em teorias de enfermagem^{14,15}. Assim, entende-se o conforto como proposta essencial e objetivo terapêutico para atenção às necessidades de cada indivíduo.

Deste modo, este estudo tem como objetivo, discutir

a aplicabilidade do NAS à luz da teoria do conforto, relacionando a abrangência das áreas do cuidado descrita neste instrumento aos contextos de conforto propostos na teoria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico, de análise crítica, fundamentado nos princípios da teoria do conforto de Kolcaba. A partir dos contextos holísticos da experiência humana propostos por Kolcaba, na sua teoria do conforto, realiza-se sua correlação com as atividades do NAS, enfocando-se, a seguir, as atividades desenvolvidas em cada um dos quatro contextos: físico, sociocultural, ambiental e psicoespiritual.

A partir dos princípios da teoria, foi possível apresentar uma correlação das atividades que compõem o NAS aos contextos de conforto proposto por Kolcaba^(14,15,16).

Correlações do NAS aos contextos de conforto de Kolcaba

A gestão do conforto é uma prioridade para pacientes em todos os ambientes de saúde. A teoria do conforto fornece uma abordagem fundamental e holística para essa gestão^(14,15). Quando o conforto é fortalecido junto aos pacientes, estes, consciente ou subconscientemente, se envolvem em comportamentos que os movem em direção a um estado de bem-estar. Esses comportamentos são chamados comportamentos de busca de saúde e fornecem fundamentos para a implementação de intervenções de conforto¹⁴.

Os comportamentos de busca de saúde estão relacionados com o que é chamado de integridade institucional, definida por Kolcaba^{14,16} como a qualidade ou estado das organizações de saúde em termos de ser completa, sólida, vertical, profissional, ética e prestadoras de cuidados seguros de qualidade.

Por meio de sua teoria do conforto, a autora idealiza o conforto como resultado do cuidado de enfermagem, alcançado por meio do fortalecimento das necessidades humanas básicas, de alívio, tranquilidade e transcendência, resolvidas nos quatro contextos holísticos da experiência humana⁽¹⁴⁾: físico (sensações corporais ou mecanismos homeostáticos); psicoespiritual (significado da vida do indivíduo, consciência interna de si, o que inclui autoestima, autoconceito, sexualidade, além das relações com um ser supremo); sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais; aspectos financeiros); ambiental (meio externo, condições e influências, que englobam a infraestrutura).

Tendo em vista os fundamentos e pressupostos da teoria de Kolcaba, as atividades que compõem o NAS foram correlacionadas aos contextos ou dimensões do conforto

propostos na teoria do conforto. Assim, obteve-se o quadro abaixo

Quadro 1 - Distribuição das atividades de enfermagem componentes do Nursing Activities Score, conforme correlação aos contextos de conforto propostos por Kolcaba^(14,15,16). Rio de Janeiro, 2017

Contextos de conforto	Categorias do NAS
Contexto Físico	Monitorização e Controles; Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas; Medicação, exceto drogas vasoativas; Cuidados com drenos – todos (exceto sonda gástrica); Procedimentos de higiene; Suporte Respiratório; Suporte Cardiovascular; Suporte Renal; Suporte Neurológico; Suporte Metabólico; Intervenções específicas realizada na UTI; Intervenções específicas fora da UTI.
Contexto Psicoespiritual	Suporte e cuidados aos familiares e pacientes (também associada às necessidades socioculturais).
Contexto Ambiental	Mobilização e posicionamento.
Contexto Sociocultural	Tarefas administrativas e gerenciais; Suporte e cuidados aos familiares e pacientes; Procedimentos de higiene (também associada às necessidades físicas).

As atividades que se correlacionaram ao contexto físico da teoria do conforto de Kolcaba envolveram ações que visaram recuperar ou manter a homeostase^(14,15). Deste modo, enquadraram-se as atividades básicas do NAS que se remeteu a intervenções relacionadas à integridade física do paciente, que são essenciais para a promoção do conforto, denominadas no instrumento como:

- Monitorização e controles (inclui sinais vitais, cálculos e registros do balanço hídrico; presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, preparo e administração de fluidos ou medicação e auxílio em procedimentos específicos; e presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia);
- Investigações laboratoriais (bioquímicas e microbiológicas);
- Procedimentos de higiene (tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação) e procedimentos especiais (p. ex.: isolamento));
- Medicação, exceto drogas vasoativas;
- Cuidados com drenos (exceto sonda gástrica);

- Suporte ventilatório (o que inclui qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método; cuidado com vias aéreas artificiais. tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia; tratamento para melhora da função pulmonar, fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória e aspiração endotraqueal);
- Suporte cardiovascular (considerando tratamento para melhora da função pulmonar, fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória e aspiração endotraqueal; reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos, independentemente do tipo de fluído administrado; monitorização do átrio esquerdo, cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco; reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial);
- Suporte renal (técnicas de hemofiltração/ técnicas dialíticas; medida quantitativa do débito urinário (p. ex.: por sonda vesical de demora));
- Suporte neurológico (medida da pressão intracraniana);
- Suporte metabólico (tratamento da acidose/ alcalose metabólica; nutrição parenteral total; alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (p. ex.: jejunostomia));
- Intervenções específicas na UTI (como: intubação endotraqueal, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência, lavagem gástrica, auxílio na passagem de cateter central pela equipe médica (em emergência), sondagem gástrica ou vesical, nas últimas 24 horas.
- Intervenções específicas fora da UTI.

No contexto sociocultural da teoria do conforto, as intervenções que se correlacionaram às atividades do NAS são aquelas que forneceram apoio às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo aspectos financeiros, educação, cuidados de saúde pessoal e tradições culturais^(14,15). Assim, as atividades do NAS que se integraram às necessidades socioculturais são: ações de suporte e cuidados aos familiares e pacientes, o que inclui procedimentos como, telefonemas, entrevistas e aconselhamentos.

Ao contexto sociocultural também se incluíram as atividades do NAS referentes às tarefas administrativas e gerenciais, como: processamento de dados clínicos,

solicitação de exames e troca de informações profissionais (p. ex.: passagem de plantão e visitas clínicas); atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta; e cuidados pós-morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas; assim como as atividades do NAS descritas nos procedimentos de higiene (que também foi associada ao contexto físico): realização de curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação) e procedimentos especiais (p. ex.: isolamento).

No processo de cuidar, torna-se relevante conhecer a cultura, os hábitos e costumes dos pacientes, adaptando-o ao ambiente hospitalar⁽¹⁵⁾. Durante a hospitalização, os pacientes estão por vezes desprovidos de afeto, carinho e atenção recebidos de seus familiares, o que contribui para a necessidade de conforto sociocultural. As relações familiares contribuem para as sensações de conforto no contexto sociocultural, sendo relevante que o enfermeiro proporcione essas interações familiares^(15,16). É importante que o enfermeiro dispense de um tempo para orientar, esclarecer e até mesmo acompanhar os familiares durante a visita aos pacientes internados.

Por meio dessas intervenções, o enfermeiro poderá mapear as necessidades socioculturais afetadas, pelo relacionamento e escuta terapêutica do familiar e do próprio paciente, possibilitando a participação destes no processo de cuidar e promoção do conforto.

As atividades do NAS que se aplicaram ao contexto ambiental foram as pertencentes à base externa da experiência humana que englobam a infraestrutura, cores, iluminação, sons, ruídos, odores, temperatura, ambiente seguro, tranquilo e confortável, devendo o enfermeiro dispender um tempo para interação paciente-ambiente^(14,15). De tal modo, correlacionaram-se as atividades do NAS às ações referentes à mobilização e posicionamento, que incluem procedimentos como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira e mobilização do paciente em equipe.

No que diz respeito ao contexto psicoespiritual, foram incluídas ações relacionadas à necessidade de inspiração, autoestima, sexualidade, significado na vida e espiritualidade, que contribuem para a consciência interna do paciente^(14,15). Correlacionando com as atividades do NAS, as ações a que corresponderam são a de suporte e cuidados aos familiares e pacientes, que também estão associadas às necessidades socioculturais dos pacientes.

Verificou-se que as atividades incluídas no NAS são congruentes com os contextos de conforto propostos na

teoria de Kolcaba, podendo contribuir para a promoção do conforto. Nota-se, no entanto, que há menor número de itens para avaliar os contextos socioculturais, psicoespirituais e ambientais. A maioria das atividades valoriza as necessidades orgânicas e biológicas dos pacientes.

Limitações do estudo

Como limitações da reflexão, pondera-se que, apesar das atividades do NAS mostrarem-se equivalentes com os contextos de conforto propostos por Kolcaba, não se pode afirmar que os cuidados prestados serão integralmente condizentes aos pressupostos da teoria, necessitando de estudos posteriores para validação clínica.

Contribuição do estudo para a prática

Como contribuição para a prática de enfermagem, esta reflexão poderá amparar a indicação do uso da teoria do conforto para implementação do PE, objetivando como resultado de enfermagem a promoção do conforto ao paciente nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

CONCLUSÃO

Apesar das atividades do NAS mostrarem-se equivalentes com os contextos de conforto propostos por Kolcaba, não se pode inferir que os cuidados prestados serão integralmente

condizentes aos pressupostos da teoria, necessitando de estudos clínicos para validação. Entende-se, deste modo, que o instrumento poderá pontuar tarefas que avaliam demandas de cuidados de enfermagem requeridos pelos pacientes nos quatro contextos de conforto. O instrumento mostra-se como uma ferramenta adequada para enfermeiros que optarem por utilizar a teoria do conforto para a operacionalização do PE em sua instituição. Trata-se de um instrumento útil para o planejamento quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para implementação da SAE à luz da teoria de conforto.

Como recomendação para estudos futuros, propõe-se a análise da correlação da aplicação do NAS e o dimensionamento de equipe de enfermagem, considerando, deste modo, o conforto nos contextos físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, constituintes essenciais do resultado de enfermagem.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Análise e interpretação dos dados:Redação do artigo:Revisão crítica:Revisão final: Rosane Barreto Cardoso; Célia Pereira Caldas e Priscilla Alfradique de Souza.

REFERÊNCIAS

1. Silva GRF, Resende Neta DS, Leite IRL, Brandão EC, Soares LS. Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/teste. *Rev. Enfermagem UFPI* [Internet]. 2012[citado 2017 jun. 19]; 1(1):71-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/712/626>
2. International Council of Nurses. *Notas de enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade*. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2010.
3. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* [Internet]. 2016 [citado 2017 jun. 19]; 61:128-32. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2016/AO104.pdf.
4. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2011[citado 2017 jun. 27]; 20(3): 547-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/17.pdf>.
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília (DF); 2009.
6. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2008 [citado 2017 jun. 07]; 61(6): 883-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>.
7. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC, Silva EF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [citado 2015 Mai 17]; 13(1):166-172. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15959/pdf_136.
8. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev. esc. enferm*. [Internet]. 2009 [citado 2017 jun. 21]; 43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500004.
9. Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G. Nursing activities score. *Crit. Care Med*. [Internet]. 2003 [citado 2017 jun. 27]; 31(2): 374-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576939>.
10. Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 itens results from a multicenter study. *Crit. Care Med*. [Internet]. 1996 [citado 2017 jun. 27]; 24(1):64-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565541>
11. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-Adulto de hospital universitário público. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2017 [citado 2017 jun. 27]; 22(2):e50306. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.50306>.
12. Abreu SP, Pompeo DA, Perroca MG. Utilização de instrumentos de classificação de pacientes: análise da produção do conhecimento brasileira. *Rev Esc Enferm*. [Internet]. 2014 [citado 2017 jun. 27]; 48(6):1111-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n6/pt_0080-6234-reusp-48-06-1111.pdf.
13. McEwen M, Wills EM. *Bases teóricas para Enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
14. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York (US): Springer Publishing Company; 2003.
15. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 19:1178-1184.
16. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 2001; 49(2): p.86-92.

PARTICIPAÇÃO PATERNA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E SEUS EFEITOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER

Thais Rafaela Lira Cavalcanti¹
Viviane Rolim de Holanda²

Objetivo: buscar evidências científicas sobre a participação paterna no processo de gestação, parto, nascimento e puerpério, relacionando-os com os seus efeitos para a saúde da mulher. Metodologia: revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL norteada pela questão: quais os efeitos da participação do pai/parceiro no ciclo gravídico-puerperal sobre a promoção da saúde da mulher? Resultados: foram selecionados 9 artigos e agrupados em três momentos do ciclo gravídico-puerperal onde houve intervenção paterna com vistas a melhor qualidade no apoio e acompanhamento da mulher. Conclusão: há evidências de que a participação do pai/parceiro representa uma importante fonte de apoio emocional, reforço no fortalecimento da prática de aleitamento materno, na evolução do trabalho de parto natural e na recuperação puerperal.

Descritores: Paternidade; Saúde do homem; Gravidez; Parto;Pré-natal.

PARTICIPATION IN THE GRAVID-PUERPERAL CYCLE AND ITS EFFECTS ON WOMEN'S HEALTH

Objective: to seek scientific evidence on parental participation in the process of gestation, childbirth, birth and puerperium, relating them to their effects on women's health. Methodology: integrative review carried out in the LILACS, MEDLINE and CINAHL databases guided by the question: what are the effects of the father / partner's participation in the pregnancy-puerperal cycle on the promotion of women's health? Results: 9 articles were selected and grouped in three moments of the pregnancy-puerperal cycle where there was paternal intervention with a view to better quality in the support and follow-up of the woman. Conclusion: there is evidence that parent / partner participation represents an important source of emotional support, reinforcement in the practice of breastfeeding, the evolution of natural labor and puerperal recovery.

Descriptors: Paternity; Man's health; Pregnancy; Parturition; Prenatal care.

LA PARTICIPACIÓN PATERNA EN EL EMBARAZO Y EL PARTO Y SUS EFECTOS EN SALUD DE LA MUJER

Objetivo: buscar evidencias científicas sobre la participación paterna en el proceso de gestación, parto, nacimiento y puerperio, relacionándolos con sus efectos para la salud de la mujer. Metodología: revisión integrativa realizada en las bases de datos LILACS, MEDLINE y CINAHL orientada por la cuestión: ¿cuáles son los efectos de la participación del padre / socio en el ciclo gravídico-puerperal sobre la promoción de la salud de la mujer? Resultados: fueron seleccionados 9 artículos y agrupados en tres momentos del ciclo gravídico-puerperal donde hubo intervención paterna con vistas a la mejor calidad en el apoyo y acompañamiento de la mujer. Conclusión: hay evidencia que la participación del padre / socio representa una importante fuente de apoyo emocional, refuerzo en el fortalecimiento de la práctica de lactancia materna, en la evolución del trabajo de parto natural y en la recuperación puerperal.

Descriptor: Paternidad; Salud del hombre; Embarazo; Parto; Atención prenatal.

¹Uni Redentor,RJ.

²Universidade Federal de Pernambuco,UFPE,PE.

As relações paternas na família contemporânea têm apresentado significativas transformações, dentre elas, o surgimento de uma nova expressão do papel masculino na sociedade. Isto é evidenciado, sobretudo, diante das conquistas recentes da mulher como a busca pela equidade de gênero e papéis, muito mais presente e ativo no mercado de trabalho. Desta forma, há necessidade implícita de releitura da função do homem no meio doméstico. Apesar de ser laboriosa, a esfera atual requer a participação mais ativa do homem como cônjuge e pai, incluindo a vivência do período gravídico-puerperal junto à companheira⁽¹⁾.

O envolvimento paterno durante a gestação vai além da provisão material, compreendendo-se sua participação em atividades direcionadas às gestantes, aos preparativos com a chegada da criança, ao apoio emocional à mulher e a sua interação com o filho. Com essas atitudes, dá-se início às mudanças quanto à participação do homem no período gravídico da companheira, levando ao entendimento que essa fase não é restrita ao universo feminino^(2,3).

Ademais, essas mudanças também vêm em decorrência do surgimento de campanhas e políticas de inclusão paterna desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelos serviços de saúde. Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, “é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo”. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança⁽⁴⁾.

Sobre a participação masculina na gestação, as consultas de pré-natal constituem uma oportunidade para os homens se sentirem mais próximos da gestação e se inteirarem dos serviços de saúde ofertados pela atenção básica⁽⁵⁾.

Por isso, o Programa Rede Cegonha tem como objetivo qualificar os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento reprodutivo, na confirmação da gravidez, no pré-natal, parto e puerpério, constituindo uma oportunidade propícia para a inclusão e participação ativa dos pais/parceiros por meio de consultas conjuntas. Ao mesmo tempo, a Lei nº 11.108/05 garante o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽⁶⁻⁸⁾.

Ressalta-se que todos os profissionais devem proporcionar o acolhimento nas unidades, por meio de escuta qualificada e incentivar a integração do pai/parceiro ao processo. Logo, o enfermeiro, tem papel decisivo na luta pela integração do companheiro no ciclo gravídico-puerperal, como parte do cuidado de Enfermagem e, conseqüentemente, como forma de promover a humanização da assistência¹.

As evidências científicas reforçam que é fundamental a presença do pai desde a gestação para o estabelecimento dos vínculos entre pai e bebê, fortalecimento da paternidade e bem estar da mulher, levando os pais a repensarem e discutirem sua identidade social, com vistas a uma participação mais ativa no exercício da paternidade^(8,9). Deste modo, entender como tem ocorrido a participação do pai/parceiro é fundamental para provocar reflexões capazes de viabilizar formas de consolidar sua presença como sujeito ativo no processo de nascimento e paternidade.

Frente ao exposto, o presente artigo tem o objetivo de buscar evidências científicas sobre a participação paterna no processo de gestação, parto, nascimento e puerpério relacionando-as com os seus efeitos para a promoção da saúde da mulher.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, método utilizado na prática baseada em evidências e adequado para o conhecimento da produção em enfermagem¹⁰. O processo de revisão integrativa foi composto por seis etapas: definição do problema e elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos); avaliação dos estudos incluídos na revisão; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão (síntese do conhecimento)¹¹.

A questão norteadora foi: Quais os efeitos da participação do pai/parceiro no ciclo gravídico-puerperal sobre a promoção da saúde da mulher?

Coleta dos dados

Consultou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeSC/MeSH) e foram definidas as terminologias: paternidade (paternity/paternidad), gravidez (pregnancy/embarazzo), parto (parturition/parto), saúde do homem (man's health/salud del hombre) e pré-natal (prenatal care/atencion prenatal). A fim de manter a coerência e ampliar a busca, utilizou-se como estratégia o cruzamento entre os termos, usando o operador lógico booleano and, gerando as seguintes combinações: paternidade and gravidez; paternidade and parto; paternidade and pré-natal; saúde do homem and gravidez; saúde do homem and parto; saúde do homem and pré-natal.

O levantamento dos estudos primários foi realizado por meio da Biblioteca Virtual em Saúde com acesso às bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line). No Periódico Capes, foram selecionados os artigos da CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). A busca pelos artigos científicos correu nos meses de maio e junho de 2017.

Os estudos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: estar completos e disponíveis eletronicamente, que respondessem à pergunta de investigação, publicados no período de 2012 a 2017, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Ademais, teses, dissertações, editoriais, cartas e revisões narrativas constituíram os critérios de exclusão. Os estudos duplicados foram considerados uma única vez.

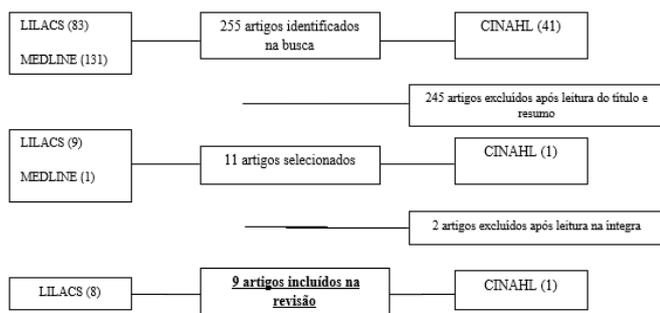
Inicialmente a busca da literatura resultou em 255 artigos. Após uma pré-seleção, identificou-se 11 artigos e mediante leitura dos artigos na íntegra foram selecionados 09 estudos, os quais compuseram a amostra, conforme detalhado na figura 1.

Para a extração de dados dos artigos incluídos, utilizou-se instrumento validado que contempla identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas e resultados encontrados¹¹.

Procedimentos de análise dos dados

Após preenchimento do instrumento, os resultados foram comparados e, nos casos onde houve discordâncias, os autores discutiram e entraram em consenso. A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

Figura 1: Fluxograma de seleção e identificação dos artigos



RESULTADOS

A base de dados que teve maior número de publicações foi a MEDLINE (131), seguida da LILACS (83) e CINAHL (41). A maior parte dos estudos incluídos foi da base LILACS e publicados em língua portuguesa^(1, 2, 9, 12, 13, 14, 16, 17); apenas um

artigo foi publicado em língua inglesa¹⁵. Todos artigos são oriundos do Brasil, com predominância de estudos realizados na região Nordeste^(1, 2, 13, 14, 15). Três artigos foram publicados em periódico classificado pelo Qualis/CAPES como A1^(12, 15, 17), um em periódico A2⁽¹³⁾, três artigos publicados em periódico B1^(1, 2, 14) e dois artigos em periódicos B2^{9, 16}. Quanto ao ano de publicação, observou-se concentração das publicações nos últimos cinco anos (2012 a 2016), com destaque para o ano de 2016, com 3 publicações^(13, 14, 16).

Quanto às características relativas aos tipos de estudo, predominou a abordagem metodológica qualitativa; desses, dois artigos foram do tipo estudo de caso coletivo e seis do tipo exploratório-descritivo. Houve o predomínio de sete publicações elaboradas por pesquisadores da área de enfermagem^(1, 2, 9, 13, 14, 15, 16), as demais foram publicadas por profissionais da psicologia.

Os resultados dos artigos foram analisados e agrupados nos três momentos do ciclo gravídico-puerperal (gestação, trabalho de parto/parto e puerpério), nos quais houve intervenção paterna com vistas a melhor qualidade no apoio e acompanhamento da mulher nos diversos serviços de saúde, bem como, no ambiente doméstico (Quadro).

Quadro: Efeitos da participação do homem sobre a saúde da mulher

Momento do ciclo gravídico-puerperal	Participação do homem	Efeitos sobre a saúde da mulher
Gestação	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional durante a gravidez e nos primeiros meses de vida do bebê.^(12,17) - Participação em práticas educativas realizadas durante o pré-natal.^(9,13) - Presença durante as consultas de acompanhamento pré-natal.^(15,16) - Convivência do homem no pré-natal⁽¹³⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonte de apoio emocional para a mulher.^(12,17) - Maior proximidade do casal.^(9,13) - Contribuiu para que a mulher ampliasse seus espaços sociais e estimulasse a participação paterna.⁽⁹⁾ - Reforçou a rede de apoio à mulher.^(9,17) - Melhor adesão das gestantes nas consultas de pré natal.⁽¹⁴⁾ - Compreender os processos fisiológicos e patológicos da gravidez, leva o homem a ter mais atitude em situações de emergência.⁽¹⁴⁾ - Proporcionou sentimentos de segurança, confiança e credibilidade para as gestantes.⁽¹⁴⁾ - Contribuiu para incentivar a prática de aleitamento materno.^(14,15) - Condução no tempo adequado à maternidade.⁽²⁾ - Reconhecimento dos sinais do trabalho de parto.⁽²⁾
Trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Presença ao lado da parturiente, proporcionando apoio emocional e conforto físico.^(1,2,12) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudou a mulher a sentir-se mais calma, tranquila e segura.^(1,2,12) - Melhor atendimento para a parceira e recém-nascido.⁽¹⁾ - Facilitou a evolução do trabalho de parto.⁽¹⁾ - Diminuiu o tempo de trabalho de parto, uso de medicamentos e analgesia, como também partos operatórios e depressão neonatal.⁽¹⁾

Puerpério

- Colaborando nos cuidados pós-operatórios.⁽¹⁴⁾
- Compartilhando os cuidados com o bebê e as atividades domésticas.^(13, 15, 16)
- Proporcionando tranquilidade e conforto às mães no período de amamentação.⁽¹³⁾

- As puérperas sentiram-se seguras, felizes, cuidadas, acolhidas e apoiadas.^(13,16)
- Preveniu o desgaste da mulher e favoreceu o desenvolvimento do vínculo familiar.⁽¹⁶⁾
- Sentimento de alívio e satisfação expressados pela mulher.⁽¹⁶⁾
- Contribuiu para a produção e ejeção láctea.⁽¹³⁾
- Apoio e incentivo à amamentação exclusiva.^(13, 15)
- Colaboração no manejo de complicações pós-natal com a mama materna.⁽¹⁴⁾

DISCUSSÃO

Seguindo a mesma linha de análise dos momentos do ciclo gravídico-puerperal, discute-se que, durante a gestação, o apoio emocional paterno é um fator de proteção para a mulher-mãe enfrentar os desafios referentes às alterações emocionais, orgânicas e sociais. Considera-se que o parceiro costuma ser a única ou principal referência emocional e social da gestante, principalmente, quando a família é formada apenas pelo casal^(12,17). Isso corrobora com os achados de Caldeira et al que afirmam, em seu estudo com 11 gestantes, que o suporte paterno para transição do papel de mulher para mãe, onde existe a significação da representação de feto para bebê, afeta a qualidade do vínculo da díade mãe-bebê¹⁸.

Outra evidência da participação paterna ocorreu através de práticas educativas em grupo de gestantes ou casais e visitas domiciliares. Esses achados foram essenciais para compreender o exercício da paternidade já durante a gestação, mediante a aprendizagem do pai quanto aos cuidados com a mãe e o bebê, preparo adequado para o parto e pós-parto e incentivo à prática de aleitamento materno. Além disso, reforça-se a importância do homem como integrante da rede de apoio à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal^{2, 9, 14, 15, 17}.

Salienta-se que, nas consultas de pré-natal, a presença do companheiro proporcionou sentimentos de segurança, confiança e credibilidade, permitindo agregar novas informações e esclarecer dúvidas sobre a saúde do bebê e da mulher. Dessa forma, é notório que as gestantes sentem necessidade de distribuir as responsabilidades do pré-natal. Logo, o engajamento do parceiro representou um incentivo na adesão às consultas de pré-natal recomendadas⁽¹⁴⁾. Ademais, o momento da consulta de pré-natal pode ser o primeiro contato do parceiro com o serviço. Portanto, é uma oportunidade para incorporá-lo às ações estratégicas voltadas para o cuidado integral à saúde na atenção básica e ofertar os testes rápidos disponíveis, bem como, solicitar exames de rotina e atualizar a caderneta de vacinação^(3, 5, 7, 8).

Essa ação de implicar o companheiro visa minimizar o seu desengajamento desde o período gestacional até o puerpério. A falta de compreensão acerca de alguns fenômenos esperados e não esperados na gravidez, sobretudo os

fundamentos fisiológicos do surgimento de diferentes sinais e sintomas orgânicos, tende a contribuir para instalação de crises na relação entre a gestante e seu companheiro, o que pode justificar o distanciamento do parceiro no processo gravídico-puerperal^(8, 14).

Já no momento do trabalho de parto e parto, a presença paterna configura-se como uma tecnologia não invasiva para o alívio da dor, pois proporciona apoio, minimiza a ansiedade materna e reduz o tempo de trabalho de parto. Portanto, sua inserção nesse período, bem como no pré-natal, traz inúmeras vantagens para a mulher e também para a transição que se concretiza na vida do homem, que passa a viver efetivamente a paternidade⁽¹⁸⁾.

No Brasil, esse direito é assegurado pela Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005). No entanto, muitos brasileiros desconhecem a referida lei e, conseqüentemente, têm dificuldades para experienciar esse momento. O despreparo estrutural de alguns centros obstétricos também pode implicar na resistência das equipes de saúde à presença da figura masculina em sua rotina⁽¹⁾.

No pós-parto, o apoio do parceiro durante a amamentação propicia a construção de um ambiente favorável de suporte à puérpera após os impactos decorrentes do momento mais crítico do ciclo gravídico que é o parto. Percebe-se que o companheiro torna-se um aliado no processo de amamentação, à medida que põe em prática os conhecimentos prévios adquiridos no pré-natal acerca dos cuidados com a mãe e o bebê, contribuindo diretamente para os bons níveis de amamentação⁽¹³⁾.

Há estudos que apontaram que a participação do companheiro ou é excluída ou limitada no processo de amamentação. Isso se acentua quando se trata da parentalidade na adolescência. Os pais desse estudo eram adolescentes, a maioria tinha conhecimento correto sobre amamentação, reconhecia os seus benefícios para a saúde do filho, mas nem todos acompanharam as consultas de pré-natal. Ademais, as vantagens da amamentação para as mães não foram reconhecidas⁽¹⁶⁾.

Diante das afirmações, entende-se que, apesar de se tratar de um evento próprio do corpo da mulher, o homem como pai, também, precisa participar em conjunto com as decisões tomadas e assumir suas responsabilidades paternas. Portanto, é importante que eles tenham facilidade de acesso aos serviços, sintam-se acolhidos e motivados a participar das consultas e dos grupos educativos em toda rede dos serviços obstétricos e perinatais⁽¹⁾.

Limitações do estudo

Apontam-se, como limitações desse estudo, a escassez de publicações referentes ao tema no último ano, assim

como uma limitação teórico-reflexiva que abarcasse os novos arranjos familiares, concentrando-se em um modelo heteronormativo, o que pode reforçar a manutenção do patriarcado dentro das instituições familiares.

Contribuição do estudo para a prática

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem reconhecer a importância do companheiro, incentivar a sua participação e criar estratégias educacionais para inserção e participação ativa do parceiro em todo o ciclo gravídico-puerperal, a fim de possibilitar benefícios à parceria, ao filho e a si próprio.

CONCLUSÃO

Os achados dessa revisão recomendam o envolvimento do pai/parceiro desde o início do período gestacional a fim de desenvolver atitudes participativas diante das particularidades

que envolvem a gravidez, o parto e o puerpério, ressaltando-se que a decisão do acompanhamento deve ocorrer em comum acordo pelo casal. Destarte, há evidências que a participação paterna no ciclo gravídico-puerperal acarreta efeito positivo na promoção da saúde da mulher representando fonte de apoio emocional, reforço no fortalecimento da prática de aleitamento materno, na evolução do trabalho de parto natural e na recuperação puerperal.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo revisão crítica, revisão final: Thais Rafaela Lira Cavalcanti, Viviane Rolim de Holanda.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho CFS, Carvalho IS, Brito RS, Vitor AF, Lira ALBC. O companheiro como acompanhante no processo de parturição. *Rev Rene*. [Internet] 2015 jul-ago; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] 16 (4): 613-21. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2754>.
2. Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito SM. Conhecimento de homens sobre trabalho de parto e nascimento. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2015 jul-set; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] 19 (3): 454-459. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0454.pdf>.
3. Gomes R, Albernaz L, Ribeiro CRS, Moreira MCN, Nascimento M. Linhas de cuidado masculino voltadas para a saúde sexual, a reprodução e a maternidade. *Cien Saude Colet*. [Internet] 2016. [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] 21 (5): 1545-1552. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1545.pdf>
4. Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde*. [Internet]. Jan/Jun 2017; 6(1):52-66. [citado em 11 jun 2018]. Disponível em: seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/2053/pdf
5. Herrmann, A. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.
6. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. jun 2011. [atualizado em 20 junho 2018; acesso em 05 ago 2017]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl459_24_06_2011.html
7. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Assegura a toda gestante o direito à presença de acompanhante nos hospitais públicos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abril 2005. [atualizado em 20 junho 2018; acesso em 05 ago 2017]; Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/96776/lei-11108-05>.
8. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).
9. Zampiere MFM, Guesser JC, Buedgens BB, Junckes JM, Rodrigues IG. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. *Rev Eletr Enf*. [Internet] 2012 jul/set; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] 14(3): 483-93. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a04.pdf>.
10. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática [editorial]. *Rev Min Enferm*. 2014 jan/mar; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 20 abril 2017] 18 (1): 1-260. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Ver Latino-am Enfermagem*. 2006 jan - fev; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 20 abril 2017] 14 (1): 124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
12. Henn CG, Piccinini CA. Adolescência e função paterna: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*. [Internet]. 2013 out-dez; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017]; 18 (4): 579-588. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118092/000938897.pdf?sequence=1>
13. Rêgo RMV, Souza AMA, Rocha TNA, Alves MDS. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. *Acta Paulista Enferm*. [Internet] 2016. [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017]; 29 (4): 374-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0374.pdf>
14. Ferreira IS, Lô KKR, MeloTP, Gomes AMF, Andrade IS, Fernandes AFC. Percepções das gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré natal. *Rev Rene*. [Internet] 2016 maio/jun; [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] 17 (3): 318-23. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3444>
15. Lacerda ACT, Vasconcelos MGL, Alencar EN, Osório MM, Pontes CM. Adolescent fathers: knowledge of and involvement in the breast-feeding process um Brazil. [Internet] *Midwifery* 30. DOI: 10.1016/j.midw.2013.01.006.
16. Silva EM, Marcolino E, Ganassin GS et al. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. *J. res.: fundam. care*. [Internet] 2016. jan./mar. [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017]; 8(1):3991-4003. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/5015/pdf_1824
17. Castoldi L, Gonçalves TR, Lopes RCS. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. *Psicologia em Estudo*. [Internet] 2014 abr./jun. [atualizado em 20 junho 2018; citado em 30 maio 2017] v. 19, n. 2, p. 247-259. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/08.pdf>
18. Caldeira LA, Ayres LFA, Oliveira LVA, Henriques BD. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. [Internet] 2017. [citado em 16 junho 2018]; Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417>

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL NA TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

Cintia Iara Oliveira¹, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas², Edison Devos Barlem³, Sueli Dias de Araújo⁴, Débora Feijó Vieira⁵, Daniela Cardozo⁶

Objetivo: analisar os motivos da internação por ordem judicial na UTI, na perspectiva dos enfermeiros intensivistas. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, exploratória e analítica cujos participantes foram 108 enfermeiros intensivistas, atuantes em UTI nas regiões sudeste e sul do Brasil e que afirmaram já ter vivenciado situações de internação por ordem judicial. Os dados foram coletados por um questionário, no período entre abril de 2015 à agosto de 2016 e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo. **Resultados:** foram analisadas as categorias aumento pela demanda pelo serviço de UTI e falta de estrutura institucional e na região da residência do paciente. **Conclusões:** a internação por ordem judicial, em muitos casos, é o único meio do paciente ter seus direitos garantidos.

Descritores: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Judicialização da saúde; Ética; Hospitalização.

REASONS FOR HOSPITALIZATION BY JUDICIAL ORDER IN INTENSIVE THERAPY: NURSE PERSPECTIVE

Objective: to analyze the reasons for hospitalization by judicial order in the ICU, from the perspective of intensive care nurses. **Methodology:** qualitative, exploratory and analytical research whose participants were 108 intensive nurses, working in ICUs in the southeastern and southern regions of Brazil and who have already experienced situations of hospitalization by judicial order. The data were collected by a questionnaire, in the period between April 2015 to August 2016 and analyzed according to the Content Analysis. **Results:** the categories were analyzed by the increase in demand for the ICU service and lack of institutional structure and in the region of the patient's residence. **Conclusions:** hospitalization by court order, in many cases, is the only way for patients to have their rights guaranteed.

Descriptors: Nursing; Intensive Care Units; Health's Judicialization; Ethics; Hospitalization.

MOTIVOS DE LA INTERNACIÓN POR ORDEN JUDICIAL EN LA TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DEL ENFERMERO

Objetivo: analizar los motivos de la internación por orden judicial en la UTI, en la perspectiva de los enfermeros intensivistas. **Metodología:** investigación cualitativa, exploratoria y analítica cuyos participantes fueron 108 enfermeros intensivistas, actuantes en UTI en las regiones sudeste y sur de Brasil y que afirmaron haber vivido situaciones de internación por orden judicial. Los datos fueron recolectados por un cuestionario, en el período entre abril de 2015 a agosto de 2016 y analizados de acuerdo con el Análisis de Contenido. **Resultados:** se analizaron las categorías aumento por la demanda por el servicio de UTI y falta de estructura institucional y en la región de la residencia del paciente. **Conclusiones:** la internación por orden judicial, en muchos casos, es el único medio del paciente tener sus derechos garantizados.

Descriptorios: Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Judicialización de la Salud; Ética; Hospitalización.

¹Estudante Graduação Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Bolsista PIBIC 2014-2016.

²UFSC.

³Universidade Federal do Rio Grande-FURG/RS.

⁴Hospital do Servidor Público de São Paulo/SP.

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS/RS.

⁶Hospital Moinho de Ventos, Porto Alegre/RS.

INTRODUÇÃO

No ano de 2010, os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto no Brasil eram de 21.798. Já, no ano de 2015, ocorreu um aumento de 19% totalizando 27.060 leitos de UTIs adulto, sendo estes leitos distribuídos em 505 municípios. Destes leitos 13.011 são leitos do SUS (Sistema Único de Saúde) e 14.049 são leitos não SUS. Mesmo com este aumento do número de leitos de UTIs adulto no país, a quantidade de leitos no SUS ainda é insuficiente, sobretudo devido à demanda crescente da população pela busca do serviço^(1,2).

Ainda, a distribuição dos leitos de UTI é desigual, sendo que a maior parte dos leitos do país estão localizados na região Sudeste.² Esta disparidade na distribuição de recursos de saúde significa que as UTIs tendem a ser localizadas mais em áreas urbanas do que rurais. Portanto, nas áreas rurais os serviços especializados são limitados, o que leva a população a procurar os grandes centros pelos serviços especializados.^{2,3} Este aumento pela procura do serviço ocorre, também, devido a mudança no cenário demográfico. Segundo estudos⁽²⁻⁶⁾, o perfil populacional tem se modificado, por meio do aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde, como: diabetes, hipertensão, doenças coronárias, obesidade. Neste caso, em algum momento da vida, esta população irá precisar de cuidados especializados devido à agudização do quadro da doença^(4,6-8).

Nos casos, no qual os municípios e União não apresentam leitos disponíveis, os familiares possuem o direito de entrar na justiça por um leito de UTI. Nesta perspectiva, as internações por decisões judiciais acontecem quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave ou gravíssimo, em situações de urgência/emergência, que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para proceder ou deferir uma liminar. Esta é uma ação contra o município e o Estado encaminhada à Central de Leitos do Estado, buscando um leito de UTI^(1,9).

A internação por ordem judicial em UTIs é uma temática que necessita ser mais amplamente discutida, levando-se em conta seus dilemas e problemas éticos e sócio-econômicos. Alguns estudos⁽⁹⁻¹¹⁾ encontrados relatam que essa internação é o fator de maior relevância nas ações judiciais em saúde requeridas no Brasil, especialmente pelas pessoas de baixa renda, que não tem acesso a vagas em UTIs do SUS.

Constitui-se como objetivo desse estudo analisar os fatores desencadeadores da internação por ordem judicial na UTI, na perspectiva dos enfermeiros intensivistas.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Pesquisa qualitativa, exploratória e analítica.

Participantes da Pesquisa

A população do estudo totalizou 451 enfermeiros intensivistas que atuam em UTI adulto das regiões sudeste e sul do Brasil e que participaram dos eventos de enfermagem promovidos pela ABENTI – Associação Brasileira de Terapia Intensiva e pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Estes eventos acontecem com abrangência nacional e regional, de modo frequente e sistemático.

Os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa foram: atuar com enfermeiro em UTI das regiões sudeste ou sul do Brasil e afirmar ter vivenciado a situação de internação por ordem judicial em seu contexto de trabalho; trabalhar na UTI há mais de um ano e, ainda, não ter respondido ao questionário em evento anterior. Neste caso, 108 participantes vivenciaram e descreveram a situação de internação por ordem judicial na UTI. Os critérios de exclusão dos participantes limitaram-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco.

Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no período entre abril de 2015 e agosto de 2016. E, o instrumento de coleta de dados continha uma parte inicial de caracterização sociodemográfica dos participantes, contendo dados como: idade, sexo, tempo de formação, estado em que trabalha, cursos realizados e titulação, vínculo empregatício, tempo de atuação, carga horária semanal, informação acerca existência Comissão Ética na instituição e de reuniões na unidade de trabalho. Além disso, foi inserida uma questão aberta acerca da vivência do enfermeiro com a inviabilidade de leito de UTI e com a Internação por Ordem Judicial. Os participantes foram identificados pela letra P e pela numeração sequencial (P1 a P108), conforme a ordem de resposta ao questionário e da descrição da situação vivenciada.

Análise dos Dados

Procedeu-se a Análise de Conteúdo dos discursos dos participantes segundo Bardin⁽¹²⁾.

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi inserido na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), observando-

se as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em três de outubro de 2014 com o Parecer número 863.112. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os resultados, foram encontradas duas categorias: “Aumento pela demanda pelo serviço de UTI” e “Falta de estrutura institucional e na região da residência do paciente”.

Na categoria “Aumento pela demanda pelo serviço de UTI”, estão presentes os elementos que evidenciam a preocupação dos enfermeiros intensivistas com o aumento pela demanda de leitos, provocados principalmente pela transição das características populacionais em que se observa o rápido envelhecimento e acometimento por doenças crônicas. Verificou-se também como fator desencadeador da internação por ordem judicial a necessidade de realização de procedimentos invasivos: “Leito era reservado para PCR e foi ocupado por paciente internação ordem judicial e realmente a internação era indicada - paciente precisava de um melhor tratamento” (P72).

Nas falas dos enfermeiros, a demanda crescente por leitos de UTI muitas vezes ocorre devido à necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos urgentes e que necessitam de cuidados intensivos no pós-operatório ou necessita da internação para a realização de um procedimento especializado: “AUTI em que trabalho atualmente tem realizado cirurgias cardíacas pediátricas, por este motivo, solicitações de vagas no serviço estão aumentando.” (P9) “Paciente aguardando vaga para o CTI há vários dias na unidade de urgência e emergência e familiares acionaram a justiça” (P35). “Paciente oncológico, dor intensa, com metástase e a família solicitou internamento em UTI geral para morte assistida e o parecer do júri foi positivo a família” (P58).

Outro aspecto importante apontado pelos enfermeiros intensivistas foi a real necessidade da vaga do leito de UTI: “A paciente era considerada pela equipe de saúde como terminal, sendo indicado cuidados paliativos, e, portanto sem indicações de ocupar leitos de terapia intensiva; afastando - a do conforto familiar e incentivando a eutanásia. A família não aceitou a situação e forçou a internação por ordem judicial. Outro paciente com real necessidade de terapia intensiva aguardou o próximo leito disponível na sala de emergência” (P25). “Lembro de 2 internações juntas e a necessidade então de alta de 2 pacientes, na noite, para proporcionar as vagas. Porém, os pacientes com ordem judicial não eram pacientes com necessidade de terapia intensiva” (P94). “Paciente idosa, sem real indicação de internação em UTI,

mas família se sentia mais segura” (P104). “Por mais de 1 vez recebemos determinação da justiça para receber pacientes sem indicação, ou mesmo sem a vaga”(P107). “Um paciente sequelado devido a uma Paraplegia, a família entrou com uma liminar na justiça onde permaneceu na UTI, por mais de um ano até chegar a óbito por infecções recorrentes” (P71). “Idoso com quadro estável, internado há alguns na emergência do hospital, familiares estavam pressionando equipe médica quanto à necessidade de internação na UTI, médicos da emergência orientaram aos familiares a irem ao Ministério Público e assim foi lavrado a ordem de internação judicial. A UTI teve que dar alta precoce para algum paciente e obedecer a ordem judicial. Não era o paciente que mais necessitava daquela vaga na UTI pois existiam pacientes indicações mais ponderantes na situação” (P61).

E, a problemática se intensifica quando são considerados outros aspectos para além da necessidade de internação: “Paciente jovem politraumatizado. O hospital tem muito cuidado (exagero) com qualquer conduta com este paciente (retarda condutas, realiza superinvestimentos, retarda alta), há um “receio” da família e ações da mesma, por parte de profissionais e hospital (família influente)” (P39).

Na segunda categoria são abordados aspectos da falta de estrutura local/regional para atender os pacientes de localidades que não possuem UTIs e a falta de estrutura da instituição hospitalar para atender as necessidades das famílias. “Pacientes provenientes do interior do estado e falta de estrutura e condições de atendimento no local de origem” (P47). “Pct do HPS, politrauma que obteve ordem judicial o pedido da cidade que ele morava, pois não tinha leito CTI quando deu entrada no HPS fez primeiros socorros e logo foi transferido p/ outro hospital” (P49). “Sim, trabalho em um pronto socorro de alta complexidade, onde ficamos com pacientes graves sem a estrutura necessária, pois os leitos de UTI do município muitas vezes estão lotados. As internações por ordem judicial são comuns em nossa unidade” (P81). “Falta de leitos e estrutura na cidade vizinha” (P51). “Paciente trauma sem vaga UTI no interior vem com ordem judicial, pois necessitava de cuidados intensivos” (P66).

Ainda, com relação a essa categoria, sinaliza-se que em alguns hospitais há um déficit nos recursos disponíveis para tratamento intensivo, sendo necessária a transferência para hospitais com melhores estruturas de UTI. Nem sempre o hospital para qual o paciente será transferido é o adequado para a sua situação de doença, sendo necessária a transferência para o mais apropriado: “Já recebemos também pacientes vindos de outras unidades de saúde por falta de equipamento e equipe especializada em Cirurgia Cardíaca” (P86). “Paciente esperando dias na upa com necessidade de

leito em UTI. A advogada entrou em contato para saber de havia leito pois tinha mandato judicial. Porém paciente fora do perfil da unidade, sem estrutura adequada para atendimento. Orientei procurar o hospital de referência da rede para esse caso” (P97).

Verificou-se que em alguns casos a demora na internação resulta na impossibilidade de atendimento qualificado, pois muitas vezes as condições apresentadas pelos pacientes passam a ser irreversíveis: “Paciente com síndrome de Fournier, onde no tratamento a paciente era encaminhada ao CC para realização dos curativos todos os dias, infelizmente veio a falecer” (45). “Paciente precisava de leito UTI chegou proveniente de uma UTI pronto socorro por ordem judicial com várias complicações já oriundas tratamento insuficiente e com várias sequelas (principalmente cuidados de enfermagem)” (P68). “Idosa interna CTI após vídeo que evidenciava cuidado inadequado na unidade internação” (P46).

DISCUSSÃO

A procura por serviços especializados leva a um número significativo na busca serviços de UTI, excedendo o número de leitos disponibilizados pelo SUS. Logo, a ausência de leitos de UTI é fator predominante para que a população busque seus direitos por meio da justiça. Segundo estudo⁸, nos últimos anos o principal bem judicializado tem sido o acesso a leitos de UTI, sendo 66% das demandas judiciais, o que corrobora com as falas dos enfermeiros que vivenciam esta realidade em seu cotidiano^(4,11).

A alta demanda por leitos de UTI provoca filas nas centrais de regulação de leitos de UTI, com impacto no fluxo (6). A internação de pacientes por ordem judicial é realizada em muitos casos quando o paciente encontra-se criticamente enfermo, quando há necessidade de monitoração intensiva, quando em coma, com necessidade de intervenção imediata em caso de agravo, com sobrevida reduzida, ou ainda em casos de cuidado individualizado⁽¹⁰⁾.

A necessidade de leitos de UTI especializados deve-se à importância de um cuidado individualizado, o que pode acarretar a necessidade de equipamentos, profissionais especializados para o cuidado. Logo, analisa-se que, ainda que o serviço seja especializado, muitas vezes o número de enfermeiros por paciente é desproporcional, o que inviabiliza uma assistência adequada⁽¹³⁾.

A falta de funcionários e leitos de UTI para atender toda uma população também é um dos grandes problemas encontrados em estudos recentes sobre esta temática. Segundo os autores, a taxa de ocupação de leito versus a relação de enfermeiro é relevante para a assistência clínica, mas também é uma ferramenta essencial em relação à gestão, que estão relacionados com a eficiência e os custos

dos serviços^(3,13). Neste sentido, atrela-se uma necessária reflexão acerca das possibilidades de cuidado das instituições, considerando o compromisso com a cidadania, os conflitos com a realidade em relação ao que é proposto pela lei orgânica da saúde, que preconiza a equidade, universalidade do cuidado. Neste caso, sobreleva-se a questão da preocupação da enfermagem com as demandas de saúde e complexidades dos serviços, objetivando subsidiar melhores práticas para o cuidado de forma integral⁽¹⁴⁾.

A internação por ordem judicial em muitos casos ocorre devido à falta de estrutura na região/local de moradia do paciente. Há cidades em que o hospital não possui UTI sendo necessária transferência para outra localidade, na qual, há o serviço disponível⁽⁵⁾. Devido à ausência de leitos de UTI e a necessidade de se cumprir os processos de internação por ordem judicial, os pacientes muitas vezes são transferidos para outros hospitais. Logo, as transferências inter-hospitalares ocorrem quando um paciente é transferido de um hospital para outro, no qual há um melhor suporte para a condição de saúde do paciente^(15,16). E, nos casos em que ocorre a transferência inter-hospitalar é necessário uma equipe muito bem preparada para realização do transporte, para que este seja seguro e que ocorra o mínimo de danos ao paciente⁽¹⁵⁾. Ainda, um problema que emerge é, justamente, a localidade do hospital para onde o paciente irá ser transferido. Ou seja, em muitos casos a família não aceita a transferência, pois o hospital é longe do local de residência da mesma, o que dificulta para esta se manter em outra cidade⁽¹⁶⁾.

Percebem-se enfrentamentos éticos vivenciados pelos enfermeiros intensivistas quando esses têm que pensar em toda a dinâmica por trás da recusa de aceitação de um paciente de um hospital para o outro. Em muitos casos, esta negação pode estar associada a uma unidade que não está preparada para receber o paciente, ou ainda não ter suporte de profissionais para o atendimento. Isso suscita refletir acerca da importância da gestão em saúde, que abrange a promoção da assistência e cuidados em saúde de alta qualidade, por meio do gerenciamento de pessoal, controle de insumos, adequação da área física, controle tecnológico⁽⁸⁾.

O pedido de abertura de novos leitos, nos leva a refletir sobre a disparidade de distribuição de leitos de UTI pelo país, na qual, a grande maioria dos leitos encontra-se em áreas urbanas. No Brasil, a distribuição de leitos se faz desigual também em relação às regionais, na qual a região Sudeste apresenta a maioria dos leitos de UTI adulto do país^(1,2).

A questão do gerenciamento da abertura de novos leitos também é crucial, pois a alta demanda é um desafio significativo para o enfermeiro gestor. Há necessidade de planejamento da unidade, dos recursos humanos, serviços, equipamentos^(3,4). O uso adequado da UTI pode salvar muitas

vidas. Neste sentido, os recursos devem atender à demanda de qualificação das UTIs e não somente para a abertura de novos leitos⁽⁷⁾.

Outro fator desencadeador da internação por ordem judicial apontada pelos participantes como desencadeador do aumento pela demanda de serviços de UTI, é o uso indevido do leito de UTI, por meio de encaminhamentos inadequados, como por exemplo pacientes estáveis e sem a necessidade de cuidados intensivos. Portanto, há necessidade de efetiva triagem que justifique a internação e estabeleça o possível benefício esperado para o paciente com a internação em leito de UTI⁽⁸⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sinaliza-se como limitação do estudo a realização da pesquisa nas regiões Sul e Sudeste, o que pode não representar as múltiplas possibilidades de expressão e de vivências dos enfermeiros diante das situações de internação por ordem judicial em outras regiões do Brasil.

Contribuições do estudo para a prática

Conhecer os motivos das internações por ordem judicial e a realidade do cotidiano dos enfermeiros intensivistas é essencial para operacionalizar mudanças que qualifiquem o atendimento nas UTIs e, também, entender os mecanismos que conduzem à necessidade da judicialização da saúde. A

perspectiva é a efetivação dos direitos dos cidadãos a um atendimento igualitário e universal.

CONCLUSÕES

Os enfermeiros intensivistas apontam que alguns fatores são importantes para desencadear a internação por ordem judicial e que estes fatores estão intimamente ligados com a realidade de mudança de cenário demográfico. É possível perceber também diante das falas dos enfermeiros que eles têm passado por dilemas éticos importantes em seu cotidiano de trabalho, no qual se deparam com situações que demandam uma tomada de decisão, por vezes, moralmente questionáveis.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Cintia Iara Oliveira, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Edison Devos Barlem, Sueli Dias de Araújo, Débora Feijó Vieira, Daniela Cardozo.

Agradecimento: a presente pesquisa é oriunda do projeto financiado pelo Edital Universal 2014 CNPq, cujo título é "Internação por ordem judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas".

REFERÊNCIAS

- Vargas MAO, Peter E, Luz KR, Ramos FRS, Barlem E, Viana RAPP. Judicialização da saúde e direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva. In: Vargas MAO, Nascimento ERP. (Orgs). PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva. Artmed Panamericana; 2018; 1(4). p. 9-42.
- Conselho Federal de Medicina. Leitos de UTI no Brasil. Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2015. [cited 2017 Dez 28]. Available from: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/leitosuti_tipodeuti.pdf.
- Gordon K, Allorto N, Wise R. Analysis of referrals and triage patterns in a South African metropolitan adult intensive care service. SAMJ [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Aug 17]; 105(6): 491-95. Available from: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742015000600025.
- Matlakala MC, Bezuidenhout MC, Botha ADH. Challenges encountered by critical care unit managers in the large intensive care units. Curationis 2014 [cited 2017 Aug 16]; 37(1):1146. Available from: <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1146>.
- Fowler RA, Abdeimalik P, Wood G, Foster D, Gibney N, et al. Critical care capacity in Canada: results of a national cross-sectional study. Critical Care [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17]; 19:133. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-015-0852-6>.
- Goldwasser RS, Lobo MC, Arruda EF, Angelo SA, Silva JRL, Salles AA, David CM, et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17]; 50(19):1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf
- Machado FR. All in a Day's Work – Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. N Engl J Med 375:25. Dec 22, 2016.2420-1.
- Novaretti MCZ, Quitério LM, Santos EV. Gestão em unidades de terapia intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. Revista de administração hospitalar e inovação em saúde [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 18]; 12(4):16-33. Available from: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2623/1633>.
- Vargas MAO, Ramos FRS, Schneider DG, Schneider N, Santos AC, Leal SMC. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2013; [cited 2017 May 23]; 34(1): 119-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/15.pdf>.
- Diniz D, Machado TRC, P J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Aug 19]; 19(2): 591-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320140002005918&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>.
- Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. Rev. Latino-Am. Enferm. 2016; 24:e2797.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
- De Vos MLG, Veer SNV, Wouterse B, Graafmans WC, Peek N, Keizer NF, et al. A multifaceted feedback strategy alone does not improve the adherence to organizational guideline-based standards: a cluster randomized trial in intensive care. Implementation Science [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17]; 10:95. Available from: <http://implementation-science.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0285-2>.
- André SR, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Santos MNA, Morais TM. Responsabilidade técnica em enfermagem: conhecendo sua importância para o exercício profissional. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 25]; 10(1): 46-51. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1512/492>
- Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília, 2015. 142 p.
- Droogh JM, Smit M, Absalom AR, Ligtenberg JJM, Zijlstra JG. Transferring the critically ill patient: are we there yet?. Critical Care [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17]; 19:62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335540/>.

ANÁLISE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA TERCIÁRIA DE FORTALEZA

Raquel Amâncio Correia¹, Antônia Regynara Moreira Rodrigues², Priscila França de Araújo³, Alana Santos Monte⁴

Objetivo: Analisar os atendimentos no acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública terciária de Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, que utilizou técnica de análise documental, com amostra de 365 instrumentos para classificação de risco, realizados no setor de emergência de uma maternidade pública terciária, no período de janeiro a junho de 2016. **Resultados:** A maioria (57,5%) das mulheres foi classificada como pouco urgente para o atendimento, sendo classificadas com a cor verde. As principais queixas nos atendimentos foram: dor (34,5%), sangramento vaginal (17,5%) e perda de líquido (14%). **Conclusão:** A clientela que busca atendimento precisa ser mais bem orientada sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, durante as consultas de pré-natal na atenção básica.

Descritores: Acolhimento; Enfermagem obstétrica; Emergência.

ANALYSIS OF RISK CLASSIFICATION IN A TERTIARY PUBLIC MATERNITY OF FORTALEZA

Objective: To analyze the host with risk classification in a tertiary public maternity hospital in Fortaleza, Ceará. **Methodology:** A descriptive, retrospective study with a quantitative approach using a documental analysis technique, with a sample of 365 instruments for risk classification, performed in the emergency sector of a tertiary public maternity hospital, from January to June, 2016. **Results:** The majority (57.5%) of the women were classified as not very urgent for care being classified as green. The main complaints were pain (34.5%), vaginal bleeding (17.5%) and fluid loss (14%). **Conclusion:** Clients seeking care need to be better informed about the signs and symptoms of labor during prenatal consultations in basic care.

Descriptors: User Embrace; Obstetric Nursing; Emergencies.

ANÁLISIS DEL ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA TERCIARIA DE FORTALEZA

Objetivo: Analizar la acogida con clasificación de riesgo en una maternidad pública terciaria de Fortaleza, Ceará. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuantitativo, que utilizó técnica de análisis documental, con muestra de 365 instrumentos para clasificación de riesgo, realizados en el sector de emergencia de una maternidad pública terciaria, en el período de enero a junio de 2016. **Resultados:** La mayoría (57,5%) de las mujeres fue clasificada como poco urgente para la atención siendo clasificadas con el color verde. Las principales quejas en las atenciones fueron: dolor (34,5%), sangrado vaginal (17,5%) y pérdida de líquido (14%). **Conclusión:** La clientela que busca atención necesita ser mejor orientada sobre los signos y síntomas del trabajo de parto, durante las consultas de prenatal en la atención básica.

Descriptoros: Acogimiento; Enfermería Obstétrica; Urgencias Médicas.

¹Escola de Saúde Pública do Ceará.

²Universidade Estadual do Ceará-UECE.

³Universidade Federal do Ceará-UFC.

⁴Universidade de Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira-Unilab.

Autora correspondente: Alana Santos monte. E-mail: alanasmonte@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo que implica em alterações emocionais, sociais e fisiológicas no organismo da mulher, sendo considerada de baixo risco quando seu desenvolvimento não afeta desfavoravelmente a mulher e/ou o feto. Entretanto, em 20% das gestações incide uma maior probabilidade de agravos e complicações que expõem o binômio ao risco de vida, instalando-se uma gravidez de alto risco⁽¹⁾. No Brasil, a morte materna ainda se configura como um problema de saúde pública. Pesquisas revelam que a mortalidade materna representa apenas a ponta de um iceberg e para cada mulher que morre várias outras sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde⁽²⁾.

A redução da mortalidade materna é uma preocupação mundial e consta como a 5ª meta a ser alcançada na "Declaração do Milênio das Nações Unidas". Uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde para o alcance da meta foi o lançamento do Programa da Rede Cegonha⁽³⁾. A Rede Cegonha tem por objetivos, segundo o artigo 3º da Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal⁽⁴⁾.

No Ceará, nos últimos 17 anos analisados, observou-se uma média anual de 107 óbitos no ciclo gravídico-puerperal por causas obstétricas, com uma média de nove mortes por mês. Uma das propostas para o enfretamento da mortalidade materna, no Ceará, é a vinculação da gestante à maternidade de referência e a implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) obstétrico nos hospitais⁽⁵⁾.

Em obstetria, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades é decisivo no reconhecimento de condições clínicas urgentes, necessitando de um embasamento adequado de ferramentas que subsidiem e assegurem seu processo de trabalho, utilizando para tal a classificação de risco⁽⁵⁻⁶⁾.

O ACCR é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela. O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas⁽⁶⁾.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar a Classificação de Risco, uma vez que a Lei n.º 7.498/86 incumbe privativamente ao enfermeiro, a Consulta de Enfermagem e a realização de técnicas de maior complexidade, que exijam conhecimentos

científicos adequados, e a capacidade de tomar decisões rápidas⁽⁷⁾.

Considera-se relevante a realização de um estudo para obtenção de subsídios na melhoria da prática assistencial, mostrando a necessidade de um serviço de acolhimento com classificação de risco nas maternidades públicas, além de elencar pontos de melhoria. Por isso, faz-se necessário identificar a priorização dos atendimentos baseados em critérios obstétricos que possibilitam a melhoria da resolutividade no atendimento.

Diante do exposto, a pesquisa visa analisar os atendimentos no acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública terciária de Fortaleza.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, que utilizou técnica de análise documental.

Participantes da pesquisa

A população foi composta por registros impressos dos atendimentos às mulheres no setor de Emergência Obstétrica de uma maternidade pública terciária de Fortaleza. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ter registrada a queixa principal apresentada pela paciente no momento da classificação de risco, ter o discriminador geral ou específico e ter a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro.

Local do Estudo

O estudo aconteceu em uma maternidade pública terciária de Fortaleza, referência em gestação de alto risco, que possui ACCR.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio dos registros impressos dos atendimentos na emergência que foram selecionados aleatoriamente. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário estruturado constando itens sobre o perfil sociodemográfico das mulheres, a causa da procura ao atendimento, a cor da classificação recebida e o posterior desfecho do caso.

Procedimentos de análise dos dados

Para a organização dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 20.0. Foi utilizado o cálculo de amostra estimado por população finita, com grau de confiabilidade de 95% e erro amostral de 5%. Portanto, a amostra do estudo foi composta por 365 fichas de atendimentos, preenchidas na emergência

obstétrica nos meses de janeiro a junho de 2016, através de amostragem aleatória simples.

Procedimentos éticos

Foram respeitados aspectos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº. 1.821.754.

RESULTADOS

Com base nas fichas de atendimentos analisadas, sobre a classificação de risco, a maior parte das mulheres atendidas (57,5%) foi classificada como pouco urgente, recebendo a cor verde como identificação; já 106 (29%) foram classificadas como urgência, recebendo a cor amarela. Entretanto, as mulheres classificadas como emergência (cores vermelha e laranja) representaram apenas 09 (2,5%) e 26 (7%) atendimentos, respectivamente; classificados como não urgente, foram 15 (4%) atendimentos.

Quanto ao perfil sociodemográfico das mulheres atendidas, observou-se que a maioria desses atendimentos era de jovens na faixa etária de 15 a 30 anos, sendo 146 (40%) de 20 a 30 anos e 119 (32,5%) de 15 a 19 anos; 258 (70,5%) eram solteiras; 68% das mulheres possuíam apenas o ensino fundamental (incompleto/completo); 336 (93%) se declararam não branca; 268 (73,5%) eram oriundas da capital do Estado.

Acerca da condição obstétrica, observou-se que 333 (91%) mulheres atendidas eram gestantes, sendo 168 (50,5%) nulíparas. Quanto à idade gestacional, 232(69,5%) estavam no 3º trimestre quando procuraram atendimento e 137 (41%) realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1- Condições Obstétricas das mulheres atendidas no Acolhimento com Classificação de Risco em uma Maternidade Terciária. Fortaleza-Ce, 2016.

Variáveis	n	%
Condição obstétrica		
Gestante	333	91
Puérpera	32	9
Paridade		
Nenhum parto	168	50,5
1 a 2 partos anteriores	137	41
3 ou mais partos	28	8,5
Idade gestacional		

1º trimestre	49	15
2º trimestre	52	15,5
3º trimestre	232	69,5
Consultas de pré-natal		
Nenhuma	60	18
01 a 03	55	16,5
04 a 06	137	41
07 ou mais	81	24,5

Fonte: Fichas de Classificação de Risco - Emergência Obstétrica

As queixas registradas no acolhimento com classificação de risco foram representadas por dor (34,5%), seguidos de sangramento transvaginal (STV) com 63 (17,5%) e perda de líquido 38(14%), conforme apresenta a Tabela 2.

Tabela 2- Queixas das mulheres atendidas no Acolhimento com Classificação de Risco em Maternidade Terciária. Fortaleza-Ce, 2016.

Queixas	n	%
Dor	126	34,5
STV	63	17,5
Perda de Líquido/Tampão Mucoso	50	14
Hipertensão/sinais de Iminência	25	7
Disúria	17	4,5
Diminuição/ausência de Movimentos Fetais	15	4
Pós Datismo	12	3
Alterações de Ultrassonografia	12	3
Outras	45	12,5

Fonte: Fichas de Classificação de Risco - Emergência Obstétrica

No total das mulheres atendidas, apenas 89 (24,5%) ficaram internadas na instituição, 240 (65,5%) foram atendidas na consulta médica, sendo solicitados exames/prescrições de medicações, realizadas orientações e encaminhadas para casa, e 36 (10%) foram transferidas para outras instituições.

Das mulheres internadas, os principais diagnósticos foram: Trabalho de Parto e Trabalho de Parto Prematuro (29%), síndromes hipertensivas (19%) e síndromes hemorrágicas (17%).

Tabela 3- Diagnósticos das mulheres que foram atendidas no Acolhimento com Classificação de Risco em Maternidade Terciária. Fortaleza-Ce, 2016

Diagnósticos	n	%
Trabalho de Parto	26	29
Síndromes Hemorrágicas	17	19
Síndromes Hipertensivas	15	17
Amniorrexe Prematuro	9	10
Diabetes	4	4,5
Sofrimento Fetal	4	4,5
Má- Formação Fetal	4	4,5
Outros	10	11,5

Fonte: Fichas de Classificação de Risco - Emergência Obstétrica

DISCUSSÃO

Foi realizada avaliação da classificação de risco que permite à equipe atribuir um grau de prioridade clínica para esse atendimento, assim como, o máximo de tempo que pode esperar conforme a prioridade identificada, ocorrendo de acordo com a gravidade de risco e baseado em cores: Azul (não urgente atendimento em até 240 minutos); Verde (pouco urgente: consulta médica em até 120 minutos); Amarelo (urgente: consulta médica priorizada em até 30 minutos, mantendo reavaliação periódica); Laranja (muito urgente: atendimento médico no prazo máximo de 10 minutos); Vermelho (prioridade máxima: emergência, centro obstétrico ou atendimento médico imediato)⁽⁶⁾.

Observou-se que a maior demanda do serviço foi destinada aos atendimentos com pouca urgência, demonstrando fragilidade da atenção primária, principalmente no quesito pré-natal, já que a justificativa ou queixa para estes atendimentos eram: dor relacionada ao trabalho de parto, perda de líquido, sintomas clínicos, amenorreia e retorno para mostrar exames. Sendo este quadro determinante para a superlotação do serviço, pois as pacientes que deveriam estar sendo atendidas nas unidades de atenção primária à saúde estão gerando, desnecessariamente, uma maior demanda nos hospitais.

Embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil, existem ainda questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, carência de orientações às gestantes, início tardio da assistência pré-natal e o baixo número de consultas, bem como a falta de profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher, que comprometem a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõem mulher na gestação, no parto e puerpério a riscos e consequências adversas⁽⁶⁾.

É comum observar uma emergência obstétrica superlotada com mulheres que apresentam diversos tipos de situações que não são necessariamente casos urgentes ou de emergência, sendo observados casos que poderiam ser facilmente resolvidos através do atendimento ambulatorial ou até mesmo por meio da assistência primária^(9,10).

Corroborando com os achados, em estudo realizado em outra maternidade terciária de Fortaleza, 48,3% das mulheres foram classificadas como pouco urgente, 22,3% classificadas como não urgente e 18,8% classificadas como urgente⁽¹¹⁾. No âmbito internacional, em revisão sistemática de 31 estudos realizados em vários países, foi constatado que a prevalência do uso inadequado dos serviços de emergências apresentou variação de 20% a 40%⁽¹²⁾.

Quanto aos dados sociodemográficos, a investigação mostra um percentual significativo de gestantes adolescentes (39,5%), evidenciando uma realidade do país, apesar de recente pesquisa mostrar que a gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil⁽¹³⁾. Além disso, percebe-se baixo nível educacional dessas mulheres, que, aliado ao medo e ao sentimento de insegurança, podem influenciar no desconhecimento dos sinais e sintomas de risco que realmente necessitam da busca de uma unidade terciária.

A elevada porcentagem das mulheres residentes na capital e região metropolitana advém do fato de estarem mais próximas da Maternidade, e desta ser uma maternidade de referência. No entanto, chama atenção também o número de atendimentos de mulheres procedentes dos municípios do interior do Estado. Isso provavelmente reflete a precariedade da assistência prestada nessas localidades e a necessidade de melhorias, que podem ser alcançadas com a organização de uma assistência regional e a descentralização do atendimento de pré-natal e parto de alto risco, fornecendo a essas regiões equipamentos, exames complementares, medicamentos e profissionais especializados.

Os atendimentos realizados na emergência da maternidade tiveram como público alvo as gestantes, nulíparas, no terceiro trimestre. Esse fato pode ser explicado pela falta de experiência dessas mulheres, aliado à ansiedade do final da gestação. No entanto, ainda houve atendimentos que deveriam ser realizados nos serviços da atenção primária ou atenção secundária, tais como: fluxo menstrual intenso, dificuldade na amamentação e teste de gravidez.

As principais queixas apresentadas pelas mulheres atendidas no setor de acolhimento com classificação de risco foram dor (34,5%), STV (17,5%) e perda de líquido (14%). Estudos realizados em maternidades de referência no Rio de Janeiro e Ceará mostraram que as causas de procura do atendimento também foram em sua maioria por dor, STV e perda de líquido^(11,14). Essas queixas podem representar um

sinal de trabalho de parto ou uma complicação obstétrica.

Os principais diagnósticos encontrados para internamento foram representados pelas síndromes hipertensivas e síndromes hemorrágicas, que aparecem somente após a metade do 2º trimestre da gestação, agravando-se no 3º trimestre. As síndromes hipertensivas e as síndromes hemorrágicas estão entre as principais causas de óbito materno por causa direta⁽²⁾. Dentre as morbidades, tem destaque a síndrome hipertensiva, que pode resultar em altos índices de prematuridade e retardo do crescimento fetal. A pré-eclâmpsia é indicativa de urgência, pois, se não for controlada, pode evoluir para a eclâmpsia, caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas, podendo causar morte materna e fetal⁽⁴⁵⁾.

Já as Síndromes Hemorrágicas, presentes na segunda metade da gestação, constituem-se em frequentes diagnósticos em obstetrícia. Destacam-se como uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. Entre as causas obstétricas mais frequentes, têm-se o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, percebe-se a importância da captação precoce da gestante e do acompanhamento pré-natal de qualidade, assim como da assistência hospitalar adequada. Portanto, enfatizam-se as ações secundárias essenciais no processo de redução dos óbitos maternos. Com isso evidencia-se a importância dos serviços de acolhimento com classificação de risco nas maternidades, para a triagem dessas pacientes, com a realização de intervenções imediatas.

Limites do estudo

O estudo realizado apresentou limitações por ter sido desenvolvido em uma única maternidade e pelo reduzido tamanho da amostra.

Contribuições para a prática

Como contribuições a prática da saúde e à enfermagem, ressaltam-se que as informações discutidas como condições gestacionais, queixas das pacientes e principais diagnósticos encontrados durante o acolhimento são fundamentais para avaliar a acurácia da utilização dos protocolos de ACCR, na busca por resultados favoráveis à qualidade do atendimento em serviços de emergência.

CONCLUSÃO

Observou-se que o perfil de maior prevalência não foi os dos atendimentos de urgência e emergência e sim de atendimentos com pouca urgência e sem urgência. Com isso mostrou-se a fragilidade existente no atendimento destas mulheres na atenção primária, quanto às orientações corretas da necessidade real da busca de um atendimento especializado, como atendimento de urgência e emergência em uma maternidade, principalmente às gestantes.

O estudo mostrou que o atendimento em uma emergência obstétrica com a utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco contribuiu para a instituição, por proporcionar um atendimento que possibilita a identificação dos riscos obstétricos, podendo melhorar o fluxo de atendimento e diminuir a superlotação das maternidades, uma vez que os casos não urgentes podem ser facilmente identificados e encaminhados para o serviço ambulatorial ou da atenção primária.

Contribuição dos autores

Raquel Amâncio Correia contribuiu com a Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; Antônia Regynara Moreira Rodrigues contribuiu com a revisão crítica; Priscila França de Araújo contribuiu com Concepção e/ou desenho e redação do artigo; Alana Santos Monte contribuiu com a redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Sanare*. 2017; 16 Suppl 01:23-8.
2. Monte AS, Teles LMR, Costa CC, Gomes LFS, Damasceno AKC. Análise das condições potencialmente ameaçadoras de vida de mulheres em unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2017 jul-ago; 18(4):461-7.
3. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CE). Informe Epidemiológico Mortalidade Materna. 2015
4. Ministério da Saúde (BR). Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Hedlund ACB, Ilha CB, Hoffmann IC, Krusche JB, Pimenta LF, Braz MM. Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico. *Saúde (Santa Maria)*. 2015 Jul./Dez; 41(2):149-60.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia- Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. Maranhã NB, Silva MCA, Brito IC. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*. 2017 jan./abr.; 2(1): 45- 52.
8. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 [Citado 2017 jul 10] abr/jun;15(2):516-22. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf
9. Hedlund ACB, Ilha CB, Hoffmann IC, Krusche JB, Pimenta LF, Braz MM. Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(2):149-60
10. Monteiro MM, Sã GGM, Oliveira Neto JG, Lopes KDCL, Carvalho DAC, Martins MCC. Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. *R. Interd*. 2016 abr. mai. jun.; 9(2):136-44.
11. Brilhante AF, Vasconcelos CTM, Bezerra RA, Lima SKM, Castro RCMB, Fernandes AFC. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. *Rev Rene*. 2016 jul-ago; 17(4):569-75.
12. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):7-28.
13. Valadares C. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil. 2017. Disponível em: <https://www.portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 01/06/2017
14. Pereira ALF, Lima AEF. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(supl. 1):2309-15.
15. Oliveira GS, Paixão GPN, Fraga CDS, Santos MKR, Santos MA. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. *Rev Cuid [Internet]*. 2017 Dec [citado 2018 Feb 06]; 8(2): 1561-1572. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201561&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374>.
16. Lugo SAM. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2014 Jun [citado 2018 Feb 06]; 40(2): 145-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es.

O ENFERMEIRO DOCENTE E O DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: O OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida¹, Débora Rodrigues Fernandes¹, Fernanda Cláudia Miranda Amorim¹, Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras¹, Adélia Dalva da Silva Oliveira¹, Herica Emilia Félix de Carvalho², Bruna Sabrina de Almeida Sousa²

Objetivo: analisar a formação do enfermeiro docente na atenção ao diabetes mellitus gestacional. **Metodologia:** estudo de natureza qualitativa, realizado com treze enfermeiros docentes de uma Instituição de Ensino Superior, na região Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados em novembro de 2015 por meio de entrevistas norteadas por um roteiro semi-estruturado e analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os enfermeiros docentes relataram um despreparo das instituições de ensino superior para a formação no que se refere ao diabetes mellitus gestacional e a insatisfação dos docentes em relação à temática, o que resulta na ausência de abordagens ao diabetes mellitus gestacional no meio acadêmico e em um ensino deficiente. **Conclusões:** Foram evidenciadas fragilidades na formação acadêmica do enfermeiro docente que interferem na atenção ao diabetes mellitus gestacional produzindo uma reflexão sobre o despreparo das instituições de ensino na abordagem da temática.

Descritores: Docentes de Enfermagem; Diabetes Gestacional; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

THE NURSE PROFESSOR AND DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: THE LOOK UNDER TRAINING

Objective: to analyze the nurse professor education in the attention to gestational diabetes mellitus. **Methodology:** qualitative study, carried out with thirteen teaching nurses of a Higher Education Institution, in the Northeast region of Brazil. Data were collected in November 2015 through interviews guided by a semi-structured script and analyzed by the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the teaching nurses reported a lack of preparation of higher education institutions for training regarding gestational diabetes mellitus and teachers' dissatisfaction with the subject, which results in the absence of approaches to gestational diabetes mellitus in the academic environment and in education. **Conclusions:** We have shown weaknesses in the academic training of teaching nurses that interfere in the attention to gestational diabetes mellitus, producing a reflection on the lack of preparation of the teaching institutions in the approach to the subject.

Descriptors: Faculty, Nursing; Diabetes, Gestational; Health Human Resource Training.

EL ENFERMERO DOCENTE Y EL DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: EL MIRANDO BAJO LA FORMACIÓN

Objetivo: analizar la formación del enfermero docente en la atención a la diabetes mellitus gestacional. **Metodología:** estudio de naturaleza cualitativa, realizado con trece enfermeros docentes de una Institución de Enseñanza Superior, en la región Nordeste de Brasil. Los datos fueron recolectados en noviembre de 2015 por medio de entrevistas orientadas por un itinerario semiestructurado y analizados por el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los enfermeros docentes relataron un despreparo de las instituciones de enseñanza superior para la formación en lo que se refiere a la diabetes mellitus gestacional y la insatisfacción de los docentes en relación a la temática, lo que resulta en la ausencia de abordajes a la diabetes mellitus gestacional en el medio académico y en una enseñanza deficiente. **Conclusiones:** Se evidenciaron fragilidades en la formación académica del enfermero docente que interfieren en la atención a la diabetes mellitus gestacional produciendo una reflexión sobre el despreparo de las instituciones de enseñanza en el abordaje de la temática.

Descriptores: Docentes de Enfermería. Diabetes Gestacional. Capacitación de Recursos Humanos en Salud.

¹Centro Universitário UNINOVAFAPÍ-PI

²Universidade Federal do Piauí-PI

Autora correspondente: Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como a intolerância aos carboidratos, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, resultando em resistência insulínica e subsequente hiperglicemia durante a gravidez⁽¹⁾. O DMG afeta entre 1% e 25% as mulheres gestantes em todo o mundo. Nos Estados Unidos, essa desordem metabólica afeta de 2% a 10% de todas as gestações, e gera complicações em aproximadamente 4% das gravidezes naquele país, resultando em 135.000 casos a cada ano⁽²⁻⁴⁾.

Na China, conforme um estudo realizado em Tianjin, a prevalência de DMG é de 8,1% de acordo com os critérios da OMS⁽⁵⁾. No Brasil, a prevalência do DMG em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%⁽⁶⁾.

A detecção do diabetes gestacional é altamente recomendada, devido à incidência de desfechos adversos materno-fetais; pois, quando o diagnóstico é tardio ou a terapêutica não é seguida corretamente, aumentam os riscos de partos cesarianos, pré-eclâmpsia, prematuridade, macrossomia, distócia de ombro, hipoglicemia neonatal, e morbimortalidade perinatal^(2,7).

Frente à complexidade de tal condição patológica, torna-se evidente a importância do cuidado aprimorado, das boas relações profissional-paciente e da educação em saúde, devido à rotina rigorosa e ao gerenciamento de estilo de vida que as mulheres com DMG têm que realizar⁽⁵⁾. Para gerenciar o cuidado de forma eficiente, o enfermeiro precisa ter conhecimentos práticos e teóricos que alcancem as singularidades de cada paciente.

Mesmo diante da necessidade da assistência de enfermagem de alta qualidade, a formação de profissionais enfermeiros revela fragilidades desde a graduação, no que se refere ao ensino-aprendizagem e a construção de uma postura crítico-reflexiva perante as mais diversas condições de saúde. Observa-se, então, que o docente, como enfermeiro formador, tem papel fundamental no desenvolvimento de competências do futuro enfermeiro e deve voltar-se para o ensino qualificado, conhecer as metodologias e adequá-las às diversas situações, o que ressalta a importância da sua formação e atuação no contexto da saúde^(8,9).

No campo da saúde, ocorreram inúmeras mudanças que repercutiram na formação dos profissionais e no exercício dos docentes, dentre elas, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, que trouxeram um novo formato para o processo de ensino e aprendizagem⁽⁹⁾. Contudo, ainda há um predomínio da metodologia tradicional de ensino, na qual o professor apenas transfere conhecimento ao estudante, e não o estimula para sua construção.

Além da formação em nível de graduação, as pós-graduações objetivam qualificar os profissionais de saúde

em alguma área específica e atuar de forma a complementar a formação do enfermeiro docente⁽¹⁰⁾. Isto posto, enfatiza-se que o aperfeiçoamento profissional é essencial para a atuação na docência e um ensino aprimorado e de qualidade abrange também o aprender a ser docente, como agentes de um processo educativo⁽⁶⁾.

Dadas às variadas peculiaridades que envolvem a temática, o DMG tem sido amplamente estudado em seus aspectos fisiopatológicos, com destaque para a busca de fortes evidências que possam ser utilizadas na prática clínica^(1,11). Entretanto, foi identificada uma lacuna na literatura referente à formação do enfermeiro docente e a abordagem às mulheres com DMG. Nesta direção, a pergunta de pesquisa que norteou o presente estudo foi: O enfermeiro docente apresenta formação sobre a atenção ao diabetes mellitus gestacional? Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar a formação do enfermeiro docente na atenção ao diabetes mellitus gestacional.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Docentes enfermeiros selecionados não por representatividade estatística, mas pelo acúmulo subjetivo, isto é, pelo acúmulo de vivências adquiridas durante o exercício da docência. O número de participantes foi delimitado por meio do processo de saturação teórica, segundo o qual, à medida que os dados eram obtidos e/ou analisados, as estruturas de relevância se aprofundavam, respondendo progressivamente aos objetivos delineados no estudo⁽¹²⁾. Como critérios de inclusão, estabeleceram-se os seguintes: ter formação acadêmica como enfermeiro e ser docente do curso de graduação em enfermagem da IES selecionada para a realização do estudo há pelo menos um ano, por acreditar-se que a maior trajetória da vivência profissional possibilita informações relevantes a respeito do objeto do estudo. Como critério de exclusão, adotou-se: estar de licença à saúde, afastamento ou férias durante o período da coleta dos dados.

Local do estudo

Estudo realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES), em Teresina, Estado do Piauí, na região Nordeste do Brasil, que tem como núcleo a área de saúde, também compreendendo as áreas de humanas e tecnológicas. O Curso de enfermagem desta IES se propõe a capacitar os alunos para o exercício da profissão com competência e

consciência social, tendo por base as necessidades básicas da saúde e as características socioeconômicas da população.

Coleta dos dados

Para a obtenção do material empírico, foram realizadas 13 entrevistas subjetivas com docentes enfermeiros, por meio de um roteiro semi-estruturado, previamente elaborado pelos pesquisadores, no mês de novembro de 2015. Os depoimentos foram identificados por código (ENF) nos respectivos DSC seguido de número ordinal, de forma a garantir o sigilo e o anonimato dos participantes.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise do material empírico, utilizou-se como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento coletivo por meio de um discurso individual, com conteúdo coeso, emitido por pessoas distintas. A técnica do DSC consiste em selecionar os trechos mais significativos e relevantes de cada resposta individual, representadas por meio de ideias centrais e expressões-chaves, gerando a síntese do conteúdo discursivo manifestado^(1,3).

Procedimentos éticos

O estudo foi realizado obedecendo aos preceitos e recomendações ético-legais que regem a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾. A pesquisa recebeu parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 1.206.380/2015.

RESULTADOS

Os discursos dos docentes enfermeiros possibilitaram a identificação de expressões-chaves, as quais foram organizadas em duas ideias centrais que emergiram para responder à questão norteadora e compreender o objetivo do estudo.

IDEIA CENTRAL I - Influência da formação acadêmica na atenção à diabetes mellitus gestacional

Expressões-chaves:

- Despreparo institucional para a formação no que se refere ao diabetes mellitus gestacional;
- Displicência de docentes em relação à temática;
- Ausência de abordagens ao diabetes mellitus gestacional no meio acadêmico;
- Ensino deficiente.

Discurso do Sujeito Coletivo I

“Em geral, as instituições não preparam especificamente sobre diabetes gestacional. Alguns professores não valorizam

esse tipo de paciente. A DM Gestacional é presente no dia-a-dia, mas infelizmente pouco é abordada ou estimulada nas instituições; alguns professores não valorizam esse tipo de paciente. Durante o curso de graduação abordando doenças crônicas, entre elas o DM, não houve abordagem específica sobre o tipo gestacional; no estágio de obstetrícia viamos muito rápido, mas a atenção era como uma visão geral. Na formação, me lembro da parte metabólica da diabetes e as complicações; no entanto não houve uma aula que pudesse qualificar de fato para o atendimento. Foi dada pouca ênfase na época da graduação” (ENF 2, 3, 5, 6, 9, 13).

IDEIA CENTRAL II - O papel do enfermeiro docente na educação em saúde, em relação à gestante com diabetes mellitus gestacional

Expressões-chaves:

- Assistência integral e visão holística;
- Bem estar materno e fetal
- Conteúdos teóricos, práticos e pesquisa;
- Atividades educativas e acompanhamento para as gestantes;

Discurso do Sujeito Coletivo II

“Como docente, é importante proporcionar formação de qualidade aos discentes, para que estes possam atuar na assistência à gestante de forma integral, promovendo ações preventivas e curativas. É preciso orientar o aluno a atuar holisticamente no atendimento à gestante diabética, com orientações gerais e específicas relacionadas à doença. É necessário orientar também sobre agravos da doença e discutir seus efeitos deletérios sobre o feto, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem estar tanto materno quanto fetal nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O docente deve dar ênfase aos conteúdos e procurar estar sempre aliando a teoria à prática, envolvendo os alunos em atividades educativas junto às gestantes para discutir a temática, acompanhando as gestantes numa relação de cuidado; o conhecimento científico e a formação prática podem interferir positivamente nesse cuidado à gestante. Cabe ao professor estimular o estudo, a pesquisa e a abordagem para casos específicos que requerem atenção básica do profissional, pois a pesquisa é de grande importância para se aprofundar o conhecimento sobre a diabetes gestacional” (ENF 1, 4, 7, 8, 10, 11, 12).

DISCUSSÃO

Os docentes desenvolvem suas práticas a partir de saberes disciplinares, pedagógicos, profissionais e de sua experiência, devendo estar sempre buscando novas tecnologias de ensino e aprendizagem. No entanto, as instituições também possuem um papel determinante nesse contexto, uma vez que são

agentes do processo educativo e responsáveis pela formação de profissionais de saúde conscientes das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)^(9,15).

Corroborando com tal informação, pesquisa mencionou que a Instituição de Ensino tem um papel fundamental na formação do acadêmico, principalmente na formação de professores e em sua prática docente. Frequentemente, não há, nos cursos de enfermagem, um preparo sistemático e intencional para que seus egressos se tornem professores⁽⁸⁾.

O docente deve assumir seu papel com profissionalismo e compromisso, devendo servir como facilitador, orientador e incentivador da aprendizagem para as mais diversas temáticas⁽¹⁶⁾. É notória a fragilidade da formação do enfermeiro docente em relação ao DMG, devido à complexidade dessa condição, e necessidade de abordagem prática. Essa circunstância reflete a importância da participação mais ativa, efetiva e eficiente dos profissionais de saúde, visando uma detecção precoce e um tratamento adequado às mulheres com DMG⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se a preocupação dos docentes em relação à interação entre o saber e o fazer na práxis pedagógica. As novas diretrizes curriculares focadas na avaliação da aprendizagem possibilitam a formação de profissionais preparados para atuarem com as reais necessidades do indivíduo e da coletividade, por meio do trabalho em equipe e da atenção integral, o que pode representar um caminho para a abordagem eficaz ao DMG, ao passo que esse quadro requer acompanhamento multidisciplinar e competente planejamento assistencial^(8,15).

Pesquisa evidenciou que, mesmo após a graduação o enfermeiro docente necessita de profissionalização, ou seja, investir em sua educação permanente para suprir necessidades referentes à sua atuação⁽¹⁸⁾. Deste modo, a reestruturação acadêmica do processo de formação em enfermagem torna-se primordial, devendo envolver o reconhecimento do caráter multidisciplinar da prática profissional, o estímulo ao raciocínio clínico e a valorização da articulação teoria e prática, para que o ensino na graduação capacite o enfermeiro de forma mais consistente, qualificando-o para a educação em saúde⁽¹⁹⁾.

A educação em saúde é uma estratégia pautada na promoção da saúde e prevenção de doenças, e uma prática social do cuidado centrada nas questões cotidianas dos indivíduos e grupos, na valorização das suas experiências, tendo como referência a realidade na qual estão inseridos⁽¹⁷⁾. Educar envolve criar possibilidades para a construção de conhecimentos, algo de extrema relevância no cuidado ao DMG, pois é comum a ausência de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional^(19,20).

A assistência pré-natal de mulheres com DMG deve

priorizar cuidados importantes, como dieta, atividade física, controle glicêmico e orientações quanto ao tratamento medicamentoso, no intuito de impedir um resultado desfavorável para gestante e o recém-nascido, assim como deve propiciar melhor compreensão das gestantes com DMG acerca da patologia, aumentando o nível de confiança e motivação para o autocuidado⁽²⁰⁾.

A gestante deve ser proativa no seu cuidado para o êxito do tratamento e melhor convivência com a condição de risco ocasionada pelo DMG. Portanto, os profissionais de saúde devem ser formados a educar e a prestar cuidados centrados na mulher, visando à assistência integral e holística, de acordo as singularidades e necessidades de cada gestante^(21,22).

Pesquisa desenvolvida com gestantes na Inglaterra concluiu que as mulheres rejeitam o diagnóstico e sentem-se lesadas com a falta de autonomia referente às decisões sobre medicação⁽²⁾. Isso se relaciona ao fato de que os enfermeiros deveriam ser formados para desenvolver competências para que seja promovida a autonomia e o empoderamento⁽²³⁾.

A enfermagem deve estar atenta ao atendimento humanizado, pelo contato direto e constante com a cliente, devendo adotar condutas que favoreçam a autoconfiança da mulher durante a gestação e pós-parto⁽⁶⁾. É importante resgatar os conhecimentos inerentes à gestante, mediante suas vivências do dia a dia, relacionando-os à prevenção do DMG⁽¹⁷⁾.

O conhecimento técnico e científico de enfermeiros sobre o DMG também tem sido primordial para uma intervenção satisfatória, resultando em eficácia assistencial. Assim, a pesquisa apresenta-se como um processo que favorece o aumento dos conhecimentos. Neste contexto, a tríade ensino, extensão e pesquisa é fundamental para uma melhor formação^(8,24).

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, como o fato da realização da pesquisa em uma única instituição acadêmica, tendo em vista a abordagem de pesquisa selecionada e por tratar-se de uma realidade específica de uma IES do Nordeste do Brasil. Além disso, menciona-se o fato das entrevistas terem sido realizadas no próprio ambiente profissional dos participantes, o que pode ter proporcionado desconforto para que os docentes enfermeiros pudessem expressar suas vivências após um dia contínuo e cansativo de trabalho.

Contribuição do estudo para a prática

O estudo contribui para a compreensão da relevância da qualificação docente para uma educação crítica e transformadora, assim como do aperfeiçoamento e implementação de novas propostas metodológicas para a abordagem acadêmica nos cursos de graduação em enfermagem.

CONCLUSÃO

Por meio dos discursos construídos, esta pesquisa evidenciou fragilidades na formação acadêmica do enfermeiro docente que interferem na atenção ao diabetes mellitus gestacional produzindo uma reflexão sobre o despreparo dos docentes das Instituições de Ensino Superior na abordagem da temática. Os enfermeiros docentes também revelaram a relevância do cuidado promovido pelo enfermeiro de forma holística, na assistência integral à mulher com diabetes mellitus gestacional.

Considera-se que os resultados conferem profundidade na temática, quando produz relevância para o incentivo de pesquisas relacionadas, a fim de que, a partir do olhar sobre a formação do enfermeiro docente na atenção ao DMG, seja possível aperfeiçoar e ajustar novas propostas metodológicas para a abordagem acadêmica nos cursos de graduação em enfermagem.

Contudo, há que se destacar que, além do aprofundamento

da temática para o levantamento de entraves no processo de formação do enfermeiro docente na atenção à saúde de mulheres com diabetes mellitus gestacional, merece ser considerada a possibilidade de estimular estratégias de capacitação para os enfermeiros docentes em instituições acadêmicas de ensino superior, em prol de uma educação crítica e transformadora, a fim de melhorar o ensino-aprendizagem, incentivando também a pesquisa durante a formação acadêmica.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, Débora Rodrigues Fernandes, Fernanda Cláudia Miranda Amorim, Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras, Adélia Dalva da Silva Oliveira, Herica Emília Félix de Carvalho, Bruna Sabrina de Almeida Sousa

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas [Internet] 7 ed. Brussels: IDF; 2015. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/index.php>> acessado em: 15 jun. 2017.
2. Parsons J, Sparrow K, Ismail K, Hunt K, Rogers H, Forbes A. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. [Internet] BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Jan; 18(1): 1-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5765597/>
3. Ko JY, Dietz PM, Conrey EJ, Rodgers L, Shellhaas C, Farr SL, Robbins CL. Gestational diabetes mellitus and postpartum care practices of nurse-midwives. [Internet] J Midwifery Womens Health. 2013 Jan-Feb; 58(1): 33-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911890/>
4. Lacerda DM, Passos R, Lima DS. Diabetes mellitus tipo I, tipo II e gestacional: uma revisão da Literatura. [Internet] Revista Thêma et Scientia, 2016 jul-dez; 6(2): 164-181. Disponível em: <http://www.themaetscientia.com/index.php/RTES/article/view/373/391>
5. Ge L, Wikby K, Rask M. Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China: a qualitative interview study. [Internet] BMJ Open. 2017 Nov; 7(11): e017648. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719331/>
6. Orotolani S, Ignatti C. Results of the Gestational Diabetes Mellitus Approach at the Center for Specialties in Women's and Children's Health in Itanhaém-SP. [Internet] Research, Society and Development, 2018; 7(1): e1171122. Disponível em: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/275/227>
7. Moreno HP, Pinto PPF, Blask CAB, Souza CC, Guidone RGR, Toledo SF. Diabetes e gestação: estudo comparativo de variáveis maternas e perinatais. [Internet] UNILUS Ensino e Pesquisa, 2017 Abr-jun; 14(35): 105-115. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/835/u2017v14n35e835>
8. Silva MLM, Spessoto MMRL, Real GCM, Missio L. Docência: a vivência de bacharéis enfermeiros. [Internet] Horizontes - Revista de Educação, 2015 Jul-dez; 3(6): 60-77. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/horizontes/article/view/4972/3086>
9. Paulino VCP, Silva LA, Prado MA, Barbosa MA, Porto CC. Training and skills for teaching in nursing undergraduate courses. [Internet] Journal Health NPEPS, 2017; 2(1): 272-84. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1822/1676>
10. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(4):1059-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en
11. Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. [Internet] Rev Bras Enferm., 2013 ;66(2):222-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011&lng=en
12. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. [Internet] Cad. Saúde Pública, 2011 Fev; 27(2): 389-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020
13. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. [Internet] Ciênc. Saúde Coletiva, 2009 Jul-Ago; 14(4): 1193-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025
14. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013;150(112):59-62.
15. Vieira LM, Sgavioli CAPP, Simionato EMRS, Inoue ESY, Heubel MTCD, Conti MMS, et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. [Internet] Trab. Educ. Saúde, 2016; 14(1): 293-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100293&lng=pt
16. Fonseca JPS, Fernandes CH. O enfermeiro docente no ensino superior: atuação e formação profissional. [Internet] Série-Estudos, 2017 Mai-ago; 22(45): 43-58. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/serie-estudos/index.php/serie-estudos/article/view/1027/pdf>
17. Costa RC, Campos MOC, Marques LARV, Neto EMR, Franco MC, Diógenes ESG. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. [Internet] Saúde (Santa Maria), 2015 Jan-jul; 41(1): 131-140. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/13504/pdf>
18. Freitas MAD, Cunha ICKO, Batista SHSDS, Rossit RAS. Teaching in health: perceptions of graduates of a Nursing specialization course. [Internet] Interface. 2016; 20(57): 427-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200427&script=sci_arttext
19. Rodrigues CCFM, Carvalho DPSRP, Salvador PTCO, Medeiros SM, Menezes RMP, Ferreira Júnior MA, et al. Ensino inovador de enfermagem a partir da perspectiva das epistemologias do Sul. [Internet] Esc. Anna Nery, 2016 ;20(2): 384-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200384&script=sci_abstract&lng=pt
20. Vieira Neta FAV, Crisóstomo VL, Castro RCMB, Pessoa SMF, Aragão MMS, Calou CGP. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. [Internet] Rev RENE, 2014;15(5):823-31. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10657/1/2014_art_cgpcalou.pdf
21. Schmalfluss JM, Prates LA, Azevedo MD, Schneider, V. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. [Internet] Cogitare enferm. 2014; 19(4): 815-22. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36398>
22. Stevens KR. The impact of Evidence-Based Practice in nursing and the next big ideas. [Internet] Online J Issues Nurs, 2013 May; 18(2): Manuscript 4. Disponível em: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html>
23. Sousa MRMGC, Martins T, Pereira F. O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crônica. [Internet] Revista de Enfermagem Referência, 2015; série IV (6): 55-63. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a07.pdf>
24. Pereira FC, Silva HD, Alves IMF, Nelson ICS, Medeiros SM, Paulino TS. Cuidados de enfermagem na consulta de pré natal a gestante diagnosticada com diabetes gestacional. [Internet] Revista Humano Ser - UNIFACEX, 2016; 1(1): 13-23. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/798/251>

CORPO DO PROFESSOR: REFLEXÕES PRÁTICAS SOBRE SUBJETIVIDADE E PODER NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Paulo Sérgio da Silva¹, Albert Lengruher de Azevedo², Cleiry Simone Moreira da Silva³, Sílvia Teresa Carvalho de Araújo³, Wiliam César Alves Machado³, Nébia Maria Almeida de Figueiredo³

Objetivo: Refletir sobre o corpo do professor de enfermagem no discurso da subjetividade e poder. **Metodologia:** Trata-se de um ensaio teórico orientado por reflexões contextuais organizadas no núcleo prático intitulado: o corpo do professor de enfermagem no discurso da subjetividade e poder. **Resultados:** No plano da subjetividade, a formação de enfermeiros foi pensada a partir das marcas produzidas pelo corpo do professor que são fixadas nos estudantes de enfermagem durante o percurso acadêmico. No que diz respeito ao poder disciplinador, as reflexões assumidas foram contrastadas com os cenários do cuidado onde o egresso, marcado por diferentes professores, encontra-se com os seus clientes, chefias e a equipe multiprofissional de saúde. **Conclusão:** Para não concluir: importa registrar a necessidade de pensar os espaços de ensinar e cuidar à luz de uma filosofia prática, que seja capaz de dialogar subjetivamente as expressões do poder vivenciadas por clientes, profissionais de saúde, estudantes, professores e gestores.

Descritores: Enfermagem; Educação; Ensino; Educação em Enfermagem; Educação Superior.

THE PROFESSOR'S BODY: PRACTICAL REFLECTIONS ON SUBJECTIVITY AND POWER IN NURSE EDUCATION

Objective: Reflect on the body of the nursing teacher in the discourse of subjectivity and power. **Methods:** This is a theoretical essay guided by contextual reflections organized in the practical core entitled: the body of the nursing teacher in the discourse of subjectivity and power. **Results:** At the level of subjectivity, the training of nurses was thought from the marks produced by the teacher's body that are fixed in nursing students during the academic course. With regard to power, its disciplinary character has been assumed, contrasted with the care settings where the egress, marked by different teachers, meets with their clients, managers and the multiprofessional health team. **Conclusion:** it is important to register the need to think about the spaces of teaching and care in the light of a practical philosophy capable of subjectively dialoguing and the expressions of power experienced by clients, health professionals, students, teachers and managers.

Descriptors: Nursing; Education; Teaching; Education Nursing; Education Higher.

CUERPO DEL PROFESOR: REFLEXIONES PRÁCTICAS SOBRE SUBJETIVIDAD E PODER EN LA FORMACIÓN DE ENFERMEROS

Objetivo: Reflexionar sobre el cuerpo del profesor de enfermeros en el discurso de la subjetividad y del poder. **Métodos:** Es un ensayo teórico orientado por reflexiones contextuales organizadas en el núcleo práctico entitulado: el cuerpo del profesor de enfermería en el discurso de la subjetividad y del poder. **Resultados:** En el plano de la subjetividad la formación de enfermeros fue pensada a partir de las marcas producidas por el cuerpo del profesor que se fijan en los estudiantes de enfermería. Con respecto al poder, fue asumido su carácter disciplinador, contrastado con los escenarios del cuidado donde el egresso, marcado por diferentes profesores, se encuentra con sus clientes, jefaturas y el equipo multiprofesional de salud. **Conclusión:** importa registrar los espacios de enseñanza e cuidado a la luz de una filosofía práctica, que sea capaz de dialogar subjetivamente las expresiones del poder vivenciadas por clientes, profesionales de salud, estudiantes, profesores e gestores.

Descriptores: Enfermería; Educación; Enseñanza; Educación en Enfermería; Educación Superior.

¹Universidade Estadual de Roraima-UERR

²Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

³Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

Autor correspondente: Paulo Sérgio da Silva. E-mail: pssilva2008@gmail.com

INTRODUÇÃO

A iniciativa de refletir sobre o corpo do professor na formação de enfermeiros, invariavelmente, se encontra atrelada a elementos peculiares do humano, aquele que significa o processo de ensinar e aprender o ofício de cuidar. Esse debate, inerente à formação em saúde, coloca o professor em um campo de conhecimentos e de práticas desafiadoras para parar e pensar o corpo no discurso da subjetividade.

Para tanto, faz-se o convite para iniciar uma aventura, que mobiliza o entrelaçamento ininterrupto de elementos conceituais que agregam os discursos de subjetividade e poder, advindos da prática de formar enfermeiros.

O desejo para criação de reflexões sobre o corpo do professor⁽¹⁾ na formação de enfermeiros se deve às inúmeras experiências cotidianas, que demonstram, sobremaneira, o ensino do cuidado como uma oportunidade de aprender além de uma técnica, um exercício de magnitude, autoconhecimento, satisfação, que busca aprender, com consciência, respeito e cumplicidade, a partir de um corpo que reage e se expressa emocionalmente diante de um conteúdo necessário ao que fazer da enfermagem.

Um corpo que ao ensinar gera respostas nos estudantes de enfermagem e conseqüentemente passa ser analisado no interior das cenas de ensino além de seus músculos, peles e órgãos. Um corpo expressivo, com sua história, cultura, um relicário de memórias que (re) age às diversas situações e ambientes em que transita e assim influencia os estudantes, em maior ou menor intensidade, para aprender a aprender, aprender a ser, aprender a interagir, a compartilhar, a conviver e ao próprio fazer da profissão⁽²⁾. Um corpo nômade-expressivo observado para além de sua dimensão biológica, ou seja, que desvela sua subjetividade para se inteirar e identificar, com os corpos dos aprendizes, ações de cuidar⁽³⁾.

Comunga-se, portanto, como ponto chave deste ensaio reflexivo, a ideia de corpo integrado à figura do professor, enfocado não apenas como elemento disparador de reflexões teorizantes, mas problematizador, que perpassa pela natureza dos afetos⁽⁴⁾, produzidos no íntimo do processo de ensino-aprendizagem, sobretudo entre os protagonistas que ensinam e aprendem a profissão de enfermagem.

Os apontamentos, que aqui são realizados sobre os afetos nos processos de formação de enfermeiros, dizem respeito aos encontros diários entre professores e estudantes, capazes de produzir significativas mudanças nos estilos de conceber a vida e a profissão de enfermagem nos cenários do cuidado. Por esses motivos, as argumentações presentes neste ensaio são orientadas pelo presente objetivo: refletir sobre o corpo do professor de enfermagem no discurso da subjetividade e poder.

METODOLOGIA

No plano metodológico, imaginamos o corpo do professor no cenário do ensino e projetamos suas marcas profissionais nos egressos de enfermagem para os cenários do cuidado. Nesta perspectiva, somos incididos por experiências relacionadas com o ensinar, o cuidar e o investigar a formação de enfermeiros.

Neste percurso de produção de conhecimento que versam sobre subjetividade e poder, redimensionamos o pensar e o agir, sobretudo quando colocamos o corpo do professor em posição de destaque nas reflexões. O exercício para descrição reflexiva perpassou pela redução dos obstáculos epistemológicos na forma de se perceber como professores e enfermeiros.

Os fios teóricos, deleuze-guattariano e foucaultiano, refletidos no interior dos processos de ensino-aprendizagem, estão situados na tese intitulada: "Marcas do corpo do professor na formação de enfermeiros: um estudo sobre egressos nos cenários de cuidar", defendida no ano de 2016. Certamente esta vivência investigativa permitiu pensar o corpo do professor em um permanente movimento prático sobre o processo de produção de marcas profissionais⁽⁵⁾.

Rumo à reflexão que versa sobre subjetividade e poder discursadas junto ao corpo do professor de enfermagem, optou-se por organizar os argumentos sobre a prática de formar enfermeiros no seguinte núcleo reflexivo:

Núcleo reflexivo: o corpo do professor de enfermagem nos discursos da subjetividade e poder

De saída, importa registrar como resultado: o corpo do professor que se relaciona em maior ou menor intensidade aos estudantes de enfermagem é o da vida, do entusiasmo pelo aprender, movido por impulsos, que encontra no afeto a razão dos movimentos políticos e profissionais.

Fala-se de um corpo que cria e (re) age às formas instituídas de pensar o ensino que pode ter um sentido mais amplo, o de um corpo coletivo de professores de uma universidade e também um corpus teórico-conceitual da Enfermagem, que entra em um processo de formação de enfermeiros para atender às demandas de diferentes grandezas no Sistema Único de Saúde.

Essas afirmativas abrem a possibilidade para construção de reflexões que versam sobre o poder circulante no interior das relações vivenciadas entre professores e estudantes durante a formação de enfermeiros. Aqui, fala-se de um poder dinâmico, capaz de fluir de um lado para o outro nos cenários do ensino e do cuidado, a partir das pessoas que vivenciam as cenas de ensino-aprendizagem, consideradas como corpos-catalisadores, por serem capazes de resistir ou propagar suas forças produtoras.

Esses posicionamentos encontram ancoragem nos discursos analíticos de Foucault sobre o poder, sobretudo quando o considera como algo que circula que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são alvos inertes ou consentidos do poder, são sempre centros de transmissão⁽⁶⁾.

É isso: o poder, ao circular ativamente pelo corpo do professor, entendido como um centro complexo para a transmissão de informações e sentidos, e um tipo de rede que não se dissocia, gera efeitos (des) agradáveis nos estudantes, que, sobremaneira, são caracterizados como cidadãos-aprendizes de um ofício profissional ou, após sua formação, são posicionados para o que-fazer nos cenários do cuidado.

Estar presente no cenário do cuidar exige do enfermeiro uma constante interação, seja com as pessoas que requerem cuidados ou mesmo com a equipe de saúde. Cada corpo, movimento, gesto, ação, e comportamento, envolve uma potente força circulante, que pode remeter-se às marcas⁽⁵⁾ profissionais provenientes dos subjetivos agenciamentos⁽⁷⁾ realizados pelos professores durante o processo de formação na universidade.

Agenciamentos compreendidos como um estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, cujas atrações, repulsões, simpatias e antipatias; alterações, alianças, penetrações e expansões, afetam os corpos de todos os tipos, uns em relação aos outros⁽⁷⁾.

Essa mistura de corpos, nas diversas situações em que se busca a produção de subjetividade a partir de um cuidado de enfermagem que foi ensinado, fornece pistas para pensar o enfermeiro na sua singularidade. Corpo que foi produzido na academia, cujas marcas de ordem subjetiva paulatinamente vão sendo realçadas, contornadas ou mesmo apagadas, principalmente quando se abre para novas conexões com e para o mundo, advindas, sobretudo, dos processos de trabalho em saúde.

Por em relevo a micropolítica do trabalho em saúde não é uma tarefa simples. A complexidade envolve análises minuciosas sobre uma subjetividade flexível e processual⁽⁸⁾ que se dobra na forma como os enfermeiros, com marcas de seus professores, e a equipe de saúde efetivamente cuidam das pessoas. Nessa relação, intercessora entre cuidado e subjetividade, o que brota como palavras de ordem, são: criação, vibrátil, intensidades, desejos, disputas, resistências, circulação de poderes; força instituída e instituinte que fluem, passam, ressoam e habitam nos corpos dos trabalhadores, dando dinamicidade aos cenários do cuidado.

Em outras palavras, pensar a produção de cuidado

nos serviços de saúde, pressupõe diferentes análises das atrações, repulsões, simpatias e antipatias que são formadas nos encontros estabelecidos entre os diversos profissionais, em especial os enfermeiros, que cuidam das pessoas saudáveis ou adoecidas.

Com relação a essas especificidades, advindas das práticas em saúde, e desenvolvidas nos cenários do cuidado, aqui contextualizadas com os resíduos de memórias dos professores marcados nos enfermeiros, cabe destacar: a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e a vivência, em ato, de uma relação. A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato. A micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e anti-hegemônica⁽⁹⁾.

O debate em torno da micropolítica em saúde, diz respeito à forma como os profissionais são e estão posicionados no mundo. Sujeitos antenados nas políticas nacionais, de estados e municípios, até afetar o íntimo dos seus corpos durante as práticas que são desenvolvidas cotidianamente nos cenários do cuidado.

Fala-se de lugares onde o enfermeiro-egresso de uma instituição superior de ensino, marcado por diferentes corpos de professores, relaciona-se com os seus clientes, chefias imediatas e a equipe multiprofissional de saúde numa complexa rede de poder. Rede que ganha forma nos seus pontos de sustentação, representada pelas experiências partilhadas entre as diversas categorias profissionais, que se movimentam e expressam seus cuidados. Rede real, observada a partir das (des) conexões existentes entre as pessoas.

Nesta rede firmada por elos interpessoais, o enfermeiro pode ser considerado um dos centros de transmissão do poder, que ao ser por ele incidido, elabora estratégias que permitem usá-lo, ou não, em prol das necessidades de saúde apresentada pelas pessoas que são cuidadas nos serviços de saúde. Dessa forma, essas considerações, numa perspectiva foucaultiana, apresentam o poder como um fenômeno presente no interior das relações humanas, sobretudo quando os enfermeiros nos cenários do cuidado e da vida usam o seu saber profissional para lutar pelos ideais profissionais da Enfermagem.

Nesse sentido, os cenários do cuidado são densos, quando olhado por uma perspectiva subjetiva. Isso porque as relações de poder com as possíveis forças e movimentos instituintes ali presentes, são capazes de se sobrepor a diversos enunciados,

marcados nos enfermeiros agenciados pelos professores ainda na academia.

Essas sinalizações apontam para enfermeiros que se movimentam dentro de uma equipe de saúde e lutam/resistem por uma prestação de cuidados capaz de projetar-se a partir das reais necessidades apresentadas pelos clientes que transitam nos cenários do cuidado. Daí reside à dificuldade em apreciar o cenário do cuidado como algo mecânico, frio e fixo. É como se as marcas produzidas pelo corpo do professor no enfermeiro-egresso estivessem sendo redesenhadas subjetivamente a partir de novos agenciamentos provenientes dos seus encontros com os profissionais de saúde e o próprio território do cuidado.

O aspecto a considerar da formação do enfermeiro na academia pensado a partir das marcas fixadas como memória pelo corpo do professor se remete ao íntimo, ao emocional, aos desejos e principalmente aos poderes que nele operam. Enfermeiros com marcas subjetivas singulares, que podem ser advindas da vida, da política vigente na instituição superior de ensino, do currículo, da prática pedagógica adotada, ou mesmo dos próprios desejos que habitam os corpos dos professores. Desejos capazes de mobilizar nos estudantes de enfermagem as escolhas profissionais de querer ser igual ou não ao corpo que os preparou profissionalmente.

Um corpo marcado por desejos e agora enveredado nos diferentes cenários institucionais para cuidar. Corpo-profissional alvo de novos agenciamentos, corpo-força, disciplinado e disciplinador de ações. Disciplina, em geral, capaz de esquadrihar subjetividades para produzir indivíduos inertes aos processos da vida no mundo pós-modernidade.

Nesse prisma, a contemporaneidade tem se destacado simbolicamente pelo fato de, cada vez mais, disciplinar o corpo, organizá-lo e adestrá-lo para um determinado fim. O mecanismo de ação do poder disciplinar é contínuo, capaz de treinar, exercitar, conduzir e apenas em última hipótese excluir o indivíduo. Nenhum poder deseja excluir absolutamente. O poder opera incluindo, alguns se travestem mais, se tornam mais refinados, e criam políticas de inclusão; esta prática é certamente algo extremamente interessante para dominação das pessoas que se relacionam no interior dos processos, seja de formar ou de cuidar⁽¹⁰⁾.

Nessa modalidade de inclusão, o real controle é o que conduz os enfermeiros para esfera da alienação. Pessoas apropriadas por processos instituídos. Indivíduos que olham, mas não conseguem ver seus corpos aprisionados a um sistema macropolítico, que os congelam no plano micropolítico, baseado em fórmulas preparadas de interação com as pessoas que precisam de cuidado.

Nessa perspectiva, o poder disciplinar tem como função maior adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor

dos corpos. Ele não amarra as forças para reduzi-las, procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo⁽¹¹⁾. Não se trata de um poder que opera e encontra sua validade a partir do castigo ou punição dos trabalhadores de saúde.

O poder disciplinar é sutil e controlador. Não deixa nenhuma parte às escuras, dominando continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; é também absolutamente 'discreto', pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio. A disciplina faz 'funcionar' um poder relacional, que se autossustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados⁽¹¹⁾.

O olho-controle, que desde a base do trabalho em saúde até o seu ápice tudo vê e regula. Olhar que legitima o poder disciplinar, exercendo seu controle a partir da disposição dos corpos no espaço, ou mais recentemente, a partir das tecnologias modernas, tais como: câmeras de vigilância, telefones celulares, que permitem rapidamente compartilhar informações e imagens advindas do trabalho vivo.

A partir dessa constante exposição a um dispositivo de vigilância, os profissionais passam a ter suas ações e movimentos automatizados. Desse modo, não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas⁽¹¹⁾.

E, para exemplificar melhor as determinações do poder disciplinar nos enfermeiros, basta olhar para os postos de enfermagem, presentes no interior dos hospitais, e que por horas encontram-se rastreados por câmeras de monitoramento, onde: de sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, guardas; poderá julgá-los continuamente, modificar seu comportamento, impor-lhes métodos que considerar melhores; e ele mesmo, por sua vez, poderá ser facilmente observado. Um inspetor que surja sem avisar na central julgará com uma única olhadela, e sem que se possa esconder nada dela, como funciona todo o estabelecimento⁽¹¹⁾.

O que se apresenta é um laboratório vivo do poder, onde as pessoas são constantemente vigiadas pelos olhos disciplinadores, capazes por vezes de controlar, em maior ou menor intensidade, suas ações. Trata-se, pois, de uma organização disciplinar, responsável por automatizar ações e limitar as produções criativas dos enfermeiros, que quando refletidas, podem gerar preocupação para o processo de trabalho em saúde, uma vez que a criatividade, um dos instrumentos básicos da formação superior, é indispensável ao cuidar.

Certamente, as reflexões aqui tecidas entram em contato com a realidade, por serem de extrema importância para

aqueles que estão implicados nos processos de formação superior, bem como, nos modelos de atenção e de gestão da saúde.

Limitações do estudo

O que se registra concretamente como limitação deste ensaio são experiências de professores de enfermagem que ensinam em cursos de formação com currículos cujas bases organizativas e os processos de base pedagógica diferem. Daí é reconhecido que a leitura de subjetividade e poder veiculadas pelos corpos que ensinam o cuidado de enfermagem podem divergir de acordo com os contextos formadores nos quais estas reflexões são pensadas e aplicadas.

CONCLUSÃO

Com a certeza do inacabado, atesta-se, em síntese, a enorme complexidade do processo de ensino-aprendizagem e sua relação com a prática profissional. Na verdade, esse limiar entre o processo de formação de enfermeiros e a profissionalização atravessada pelas determinações dos cenários do cuidado, autorizam investigações futuras como forma de ampliar o que foi refletido sobre o corpo do professor. Infere-se, portanto, que é impossível concluir as reflexões.

Aqui, ao fazer uma pausa, é fundamental pensar no avanço das discussões teóricas e práticas que versam sobre as ações

de formar enfermeiros, para entender como os egressos de enfermagem, marcados ou não, pelos corpos dos professores durante seu percurso acadêmico, atuam nos diversificados contextos em que o cuidado ocorre. Uma filosofia prática que dialogue o regime de afetabilidade vivido no interior das universidades, nos cenários do cuidado e nos espaços onde a vida pertencente a variados processos, seja de ensinar ou de cuidar, é elemento central de análises.

Assim, espera-se que este ensaio reflexivo, ao agregar os diagramas conceituais de subjetividade e poder, contribua nas atividades de ensinar e cuidar que são desenvolvidas por professores, estudantes de enfermagem, enfermeiros, trabalhadores, gestores educacionais e da saúde. Além disso, suscite à realização de novos estudos e potencialize posturas que beneficiarão o exercício de um cuidado que os clientes e a Enfermagem hoje e amanhã merecem.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Paulo Sérgio da Silva; Albert Lengruber de Azevedo; Cleiry Simone Moreira da Silva; Sílvia Teresa Carvalho de Araújo; Wiliam César Alves Machado; Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

REFERÊNCIAS

1. Silva PS, Figueiredo NMA. The teacher's body elements that influence the teaching-learning process of university nursing students. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2017;35(3):268-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a03>
2. Silva PS, Silva CRL, Tonini T, Figueiredo NMA. Effects of teaching strategies-learning: an essay on the responses of body learning as scenario tutorial. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016;8(3):4725-4732. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4725-4732>
3. Figueiredo NMA, Machado WCA, Maria MM. Organizadores. *Reabilitação: nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida*. Curitiba: Editora CRV; 2018.
4. Spinoza B. *Ética*. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2014.
5. Silva PS. *Marcas do corpo do professor na formação de enfermeiros: um estudo sobre egressos nos cenários de cuidar*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro; 2016.
6. Foucault M. *Microfísica do poder*. Tradução: Machado R. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
7. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia - Volume II*. 2ª ed. Tradução: Oliveira AL, Leão LC. Rio de Janeiro: editora 34; 2011.
8. Rolnik S. Uma terapêutica para tempos desprovidos de poesia. *Revista do Centro de Pesquisa e Formação*. 2016;1:1-35.
9. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso a humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comunicação - Saúde - Educação*. 2009;13(supl I):531-42.
10. Santos AM, Costa FS. Filosofia da Corporeidade: transversalizações de um corpo intenso de devir. *Educação & Realidade* [Internet]. 2018;43(1):223-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623663733>
11. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução: Ramallete R. 39ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: VISÕES E VIVÊNCIAS DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Ana Tháís Santana Santos¹, Caroline Bispo de Oliveira¹, Meiriane do Carmo Passos², Aglae da Silva Araujo Andrade¹, Fernanda Costa Martins Gallotti³

Objetivo: Conhecer as concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre integralidade no cuidado a partir da vivência ao longo do curso e identificar como ocorre a aplicação desse princípio na formação do enfermeiro. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com 09 acadêmicos de enfermagem de uma universidade do nordeste do Brasil, em junho de 2017, a partir de entrevistas semiestruturadas, submetidas a análise dos dados mediante a análise proposta por Minayo. **Resultados:** emergiram duas categorias: Integralidade no cuidado em saúde; Formação do enfermeiro na perspectiva da integralidade. **Conclusão:** O cuidado integral é uma construção gradual e ocorre a partir de relações e reformulação de modelos unidimensionais. Para tal, é necessário associar o conhecimento e a prática para disseminação e aplicabilidade, imprescindível à abordagem desde a formação acadêmica.

Descritores: Integralidade em saúde; Cuidados de enfermagem; Ensino.

INTEGRALITY OF CARE IN THE TRAINING OF NURSES: VISIONS AND EXPERIENCES OF NURSING STUDENTS

Objective: To know the conceptions of nursing academics about integrality in care based on the experience during the course and to identify how it occurs to the application of this principle in the training of nurses. **Methodology:** qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with 09 nursing academics from a university in the northeast of Brazil, in June 2017, from semi-structured interviews, submitted to analysis of the data through the analysis proposed by Minayo. **Results:** two categories emerged: Integrality in health care; Nursing training in the perspective of integrality. **Conclusion:** Integral care is a gradual construction and is based on relationships and reformulation of one-dimensional models. To do this, it is necessary to associate knowledge and practice for dissemination and applicability, which is essential for the approach from academic training.

Descriptors: Integrality in health; Nursing care; Teaching.

INTEGRALIDAD DEL CUIDADO EN LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO: VISIONES Y VIVENCIAS DEL ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

Objetivo: Conocer las concepciones de los académicos de enfermería sobre integralidad en el cuidado a partir de la vivencia a lo largo del curso e identificar cómo ocurre a la aplicación de ese principio en la formación del enfermero. **Metodología:** investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada con 09 académicos de enfermería de una universidad del nordeste de Brasil, en junio de 2017, a partir de entrevistas semiestruturadas, sometidas al análisis de los datos mediante el análisis propuesto por Minayo. **Resultados:** emergieron dos categorías: Integralidad en el cuidado en salud; Formación del enfermero en la perspectiva de la integralidad. **Conclusión:** El cuidado integral es una construcción gradual y se da a partir de relaciones y reformulación de modelos unidimensionales, para ello, es necesario asociar el conocimiento y la práctica para diseminación y aplicabilidad, imprescindible al abordaje desde la formación académica.

Descriptor: Integralidad en salud; Cuidados de enfermería; Enseñanza.

¹Universidade Federal de Sergipe-UFS/SE.

²Universidade Regional de Alagoinhas.

³Universidade Tiradentes-UNIT/SE.

Autora correspondente: Fernanda Costa Martins Gallotti. E-mail: fercosmart@gmail.com

INTRODUÇÃO

A integralidade é definida como um dos princípios do Sistema de Saúde Brasileiro, estando inserida como princípio que transcende a prática curativa, compreendendo o ser humano de forma totalitária e não parcial⁽¹⁾.

O conceito, entretanto, vai além de um princípio do SUS, sendo visto como uma ação social, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, sejam eles individuais ou coletivos, de baixa, média ou alta complexidade do sistema^(2,3). Para alguns autores, a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, valor este expresso no modo de interação dos profissionais para com os pacientes⁽⁴⁾.

A percepção da mudança de visão com relação ao cuidado está inserida nos cursos de graduação de enfermagem, porém, os modelos gerenciais obsoletos, construídos para suprir a demanda de determinada época, ainda são praticados atualmente⁽⁵⁾. A inserção da integralidade do cuidado como um dos eixos para uma melhoria na formação do profissional enfermeiro garantiria a qualidade de assistência com um olhar inovador⁽¹⁾.

O perfil de enfermeiros e a sua formação tem influência direta sobre o sistema de saúde, e a implementação de um currículo direcionado para a integralidade do cuidado garantirá aprimorar o atendimento no SUS. A integralidade é o novo paradigma para a formação dos enfermeiros, garantido profissionais que saibam fazer atividades curativas, preventivas, com enfoque clínico, epidemiológico e social, para reinventar o sistema de ensino aprendizagem⁽³⁾. Tal afirmação já é realidade nas novas grades curriculares, ponto em que se mostra a atualização do sistema de ensino, vistas novas mudanças e necessidades na sociedade.

Os acadêmicos estão sendo preparados para uma melhor formação, tornando-se aptos a fazer a diferença dentro da sociedade. A inserção da integralidade do cuidado como um dos eixos para uma melhoria na formação do profissional enfermeiro é uma garantia da qualidade de assistência com um olhar inovador⁽¹⁾. Lima e colaboradores⁽⁶⁾ apontam que a influência da universidade no ensino dos acadêmicos de enfermagem é notória, porém os mesmos necessitam almejar, por si só, uma melhor qualificação e uma transformação no pensamento relacionado à melhoria no atendimento ao indivíduo e à comunidade. A integralidade do cuidado parece estar relacionada ao envolvimento do profissional com o cotidiano do seu trabalho, ao querer fazer melhor e isso vem da sua formação acadêmica.

Desta forma, identifica-se a importância da formação do profissional de enfermagem nos diferentes cenários de cuidado vivenciados pelos estudantes, de forma a propiciar-lhes uma interação democrática com os sujeitos que cuidam

e os que são cuidados, bem como a valorização dos saberes nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Diante disso, delimitou-se como questão da pesquisa: Como os acadêmicos de enfermagem percebem a aplicação do princípio da integralidade na sua formação profissional?

A discussão deste tema torna-se relevante, partindo-se do pressuposto que a integralidade do cuidado é o caminho para o alcance de uma melhor qualidade da assistência, bem como está diretamente ligada à formação do sujeito e às experiências vividas na prática acadêmica. Assim, o trabalho poderá contribuir para reflexão do discente sobre o sentido da integralidade do cuidado.

Conhecer a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre integralidade no cuidado, a partir da vivência ao longo do curso, e como ocorre a aplicação desse princípio, constituem-se em objetivos do presente trabalho.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho descritivo, com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Nove acadêmicos de enfermagem recrutados com base nos seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, matriculados nas disciplinas do sétimo, oitavo e nono período.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma Universidade do estado do Nordeste.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017, por meio de entrevista individual semiestruturada. O roteiro da entrevista foi realizado com base nos objetivos do estudo e nos pressupostos estabelecidos, visando responder ao questionamento da pesquisa. As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos envolvidos, e realizadas individualmente pelas pesquisadoras, no campus acadêmico onde o curso é desenvolvido. As entrevistas tiveram um tempo médio de 20 minutos; cada participante foi identificado pelo codinome A de acadêmico seguido de um número, mediante ordem das entrevistas. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e, após transcritas, foram organizadas em pastas no computador destinadas a esta finalidade e, posteriormente, analisadas.

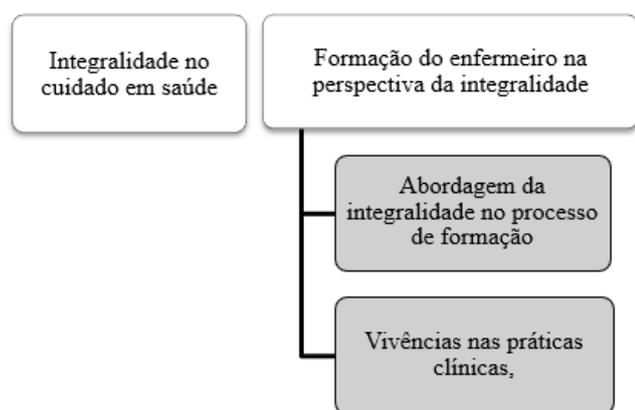
Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base nas técnicas

de Minayo⁷ que contempla três etapas: 1) A primeira etapa compreende a organização do material, onde todas as entrevistas serão transcritas e posteriormente será realizada leitura de todo material em busca de contemplação dos objetivos do estudo; 2) A exploração do material abarca a segunda etapa, na qual, pretende-se obter o núcleo de compreensão do texto; 3) A terceira etapa contempla o tratamento dos resultados e a interpretação, onde serão propostas inferências e interpretações relacionadas com o referencial teórico⁷.

Partindo da análise dos discursos dos acadêmicos, foram agregadas duas categorias temáticas e duas subcategorias, associando as percepções e vivências dos participantes sobre a integralidade do cuidado (Figura 01).

Figura 01. Categorização do estudo. Aracaju, 2017.



Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - Plataforma Brasil e aprovado com parecer de nº 1.867.828. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Integralidade do cuidado em saúde

A integralidade do cuidado implica em um confronto entre o individual e coletivo; apresenta-se como perspectiva no levantamento das necessidades individuais e coletivas. Essa premissa está presente nos discursos dos acadêmicos, no qual destacam a importância de um atendimento voltado para o físico, mental e espiritual, conforme demonstrado nas seguintes falas: “[...] é ver o indivíduo como um todo, como um ser holístico, vai focar não só na doença, vai focar no psicológico, espiritual, vai focar nisso tudo olhando todas as necessidades” (A3); “[...] prestar uma assistência olhando todos os aspectos que envolvem aquele indivíduo e a sua

‘família, tratando dos eixos biopsicossocial daquele indivíduo, e não apenas como se ver muitas vezes, no modelo biomédico em que o cuidado acaba sendo centrado na doença e na cura daquela doença. E deixando de lado outros aspectos que talvez tenha influenciado a melhora desse paciente” (A7).

A integralidade deve atender a população como um todo, observando suas particularidades e prestando um serviço de qualidade: “[...] é uma assistência prestada de forma completa e humanizada ao paciente durante a internação... Oferecendo tudo q ele necessita” (A8); “[...] entender o paciente como um todo não abordando somente a doença, considerado as relações emotivas, saúde mental, meio em que convive espiritual” (A6).

Abordagem da integralidade no processo de formação

Este eixo refere-se à abordagem e aplicação do princípio da integralidade, partindo da matriz curricular e das estratégias de ensino adotadas pelos docentes. Constata-se, entre as falas dos acadêmicos, que a temática em estudo é abordada durante a trajetória do curso, contudo, são nítidas as dificuldades enfrentadas no processo: “Desde o início da graduação somos encaminhados para prestar o cuidado, com as teorias de enfermagem e depois no decorrer do curso aprendemos a aplicá-las” (A9); “Pouco abordada, o que prevalece é a concepção do processo saúde e doença limitando-se em abordar enfermidade e a cura” (A4).

Vivências nas práticas clínicas

Diante da entrevista, constatou-se a tentativa dos acadêmicos em aplicar o princípio da integralidade nas práticas clínicas realizadas durante o curso, quando enfatizam as dificuldades, como é possível observar nos depoimentos: “[...] infelizmente quando vai para os campos práticos a gente percebe a dificuldade algumas vezes de construir e realizar esse cuidado integral do paciente pelas próprias dificuldades dos campos” (A2); “É perceptível que na rotina profissional é difícil aplicar a integralidade, porém não é impossível. A superlotação dos hospitais, principalmente as públicas, dificulta muito esta assistência integral” (A1).

Pensando no atendimento absoluto, os acadêmicos apontam o diálogo e a humanização como formas de aproximação com a realidade do indivíduo que necessita de cuidado e sinalizam a ausência desses sentimentos no atendimento realizado por muitos profissionais: “[...] aplico a integralidade conversando com o paciente, tratando-o de forma holística, procuro levar em consideração a sua singularidade” (A4); “[...] em todos os ambientes que estagiei senti muita carência, falta empatia, talvez falta de amor pela profissão [...] vi profissionais apenas voltados para técnica, fazendo o cuidado de forma técnica” (A3).

Nesta perspectiva, o diálogo deve estar presente em todo processo de ensino-aprendizagem de forma horizontal entre os sujeitos, proporcionando aproximação com a realidade, possibilitando o reconhecimento das necessidades dos indivíduos: “[...] É raro de ver a equipe se unir em benefício do paciente. Muitas vezes o cuidado é prestado de forma dissociada, sem comunicação, sem interação interdisciplinar [...]” (A5); “[...] Todo o paciente merece uma assistência humanizada de qualidade, nenhum profissional, estudante é o dono do saber, mas devemos cuidar de forma integral [...] se o nosso objetivo é cuidar do nosso paciente, não tem por que não prestar uma assistência completa” (A1).

As falas dos acadêmicos de enfermagem, quando estimulados a refletir e discutir acerca de estratégias para incentivo do cuidado integral de forma ativa durante a graduação, apontam a necessidade das práticas modulares possibilitando ampliar o olhar quanto às necessidades do paciente, ressaltando também a importância da sistematização da assistência para o cuidado efetivo: “Aplicação das práticas em blocos, por exemplo, um mês eu fico em tal unidade todos os dias, assim vou conseguir dar continuidade ao cuidado integral, aplicar a SAE, levantar queixas, diagnósticos de enfermagem planejar os cuidados e avaliar os resultados (A1); “Acredito que uma das melhores formas é através da SAE porque assim a gente consegue analisar o paciente como um todo, traçar os diagnósticos, não só relacionados à doença, mas perceber também a melhora do paciente [...]” (A2); “Que as disciplinas sejam em módulo, permitindo maior contato com o paciente maior tempo” [...] (A4).

Considerando a importância de uma assistência de qualidade, pautada no cuidado integral, nos resultados observa-se que as práticas ainda estão muito limitadas ao processo de saúde e doença, deixando em segundo plano a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como um bom relacionamento da equipe e dos usuários.

DISCUSSÃO

Para atingir um degrau mais elevado da assistência, prezando pelo cuidado integral, os diferentes profissionais detentores dos saberes científico devem compartilhar e traçar seus caminhos, interligando estratégias que visem o benefício dos usuários e uma assistência completa e humanizada(8).

A formação profissional não pode ter como referência apenas a doença da pessoa, aplicando de forma única o modelo biomédico que objetiva o cuidado voltado ao diagnóstico e a busca pelo tratamento, mas deve compreender as pessoas de forma ampla, contemplando todas as necessidades apresentadas(9). Chaves e colaboradores afirmam que não se faz mudanças nos modelos assistenciais e gerenciais sem o “querer” dos profissionais de enfermagem(5).

Para que ocorra a aplicação da integralidade é preciso considerá-la como uma extensão das práticas em saúde, a qual resulta de um encontro entre os profissionais e os usuários (1). Os autores Gonzalez e Almeida⁽¹⁰⁾ ressaltam a importância da atuação profissional alinhada ao cuidado total nas práticas de saúde, reconhecendo o contexto social e estruturação dos serviços, podendo estes dificultar ou propiciar a aplicação do agir integral.

Os enfermeiros devem garantir que a prática do cuidado aconteça de forma mais humana possível; para tal, devem adquirir uma nova postura de trabalho, voltado a um atendimento com maior aproximação, para entender aquele paciente, garantindo um maior vínculo⁽¹⁾.

O uso da integralidade contempla o processo de formação, sendo esse um elemento que necessita ser construído desde o início da formação^(1,11). A abordagem e aplicação do princípio da integralidade estão presentes na grade curricular dos cursos de enfermagem⁽¹²⁾. Entretanto, são nítidas as dificuldades enfrentadas, como a fragmentação da teoria e prática em algumas disciplinas, não possibilitando meios para o entendimento e aplicação do cuidado integral, a desarticulação do contexto social em que o país está inserido e as necessidades de saúde da população, a necessidade de discussões e reflexões quanto às estratégias de aprendizagem aplicadas e o papel dos envolvidos na formação profissional.

Limitações do estudo

Os resultados da pesquisa contemplam dados qualitativos, limitando-se a um grupo específico.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo possibilita uma reflexão no tocante à formação dos enfermeiros. Construir o cuidado integral em saúde sugere adotar práticas como princípio educativo baseado em um novo processo de ensino aprendizagem em saúde, o qual possibilite romper o saber formatado e descontextualizado. Deste modo, é indispensável que as instituições de enfermagem ampliem as discussões e considerem a necessidade de mudanças referente ao perfil do egresso, adequando os currículos e estratégias de ensino.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo evidenciam as dificuldades na aplicação da integralidade durante o processo de formação acadêmica, fato que pode influenciar na assistência prestada por esses futuros profissionais. Formar profissionais qualificados a cada dia torna-se um grande desafio, principalmente quando, além de suprir as demandas do mercado, o direcionamento da assistência é voltado para as necessidades dos indivíduos. Outro ponto de destaque na

pesquisa é a importância das tecnologias leves no contexto da saúde, o que fica evidente quando se observa o saber e o fazer entrelaçados com a escuta e criação de vínculos.

Para se buscar uma assistência baseada na integralidade, é preciso contar com uma equipe capacitada para atender as diversas demandas, articulando com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Fernanda Costa Martins Gallotti, Ana Thais Santana Santos, Caroline Bispo de Oliveira, Aglae da Silva Araujo Andrade, Meiriane do Carmo Passos.

REFERÊNCIAS

1. Klash D, Reibnitz KS, Boehs AE, Wosny AM, Lima MM. Princípio da integralidade do cuidado: nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem; *Rev. Latino-Am. Enferm. USP* 2014; [cited 2017 Jun 11]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3381-2469.pdf
2. Camargo RAA; Zuelli FMGC; Toneti AN, Silva MAI, Gonçalves MFC, Andrade LS. A formação do conceito de integralidade em saúde à luz da abordagem histórico-cultural. *Rev. Eletr. Enf. [Internet], [s.l.]*, 2015;17(4):1-10. [cited 2017 Jun 06]; Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a08.pdf>
3. Carbogim FC, Friedrich DBC, Puschel VAA, Oliveira LB, Nascimento HR. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2014;4(1):961-970. [cited 2017 Mai 18]; Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/426>
4. Barbosa JAJ.; Perales PGPS.; Vannuchi MTO, Martins EAPP. O princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro. *Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina*, 2016;17(1) 101-106. [cited 2017 Mai 02]; Available from: <http://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/viewFile/373/13>
5. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Supervisão para a Integralidade do cuidados; *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(5): 1106-11. [cited 2018 Abr 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
6. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente: *Ver. Bras. Enferm* 2014; 67(1): 133-40. [cited 2018 Abr 20]; Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267030130018>.
7. Minayo CSM. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17(3):621-626.
8. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília, 2014, 19(3):847-852. [cited 2017 Jun 11]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>
9. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006; 59(4):488-491. [cited 2017 Mai 25]; Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019620003>.
10. Lima MM, Reibnitz KS, Prado ML, Kloh D. Integralidade na formação do Enfermeiro: possibilidades de aproximação com os pensamentos de Freire. *Saúde Transform. Soc. Florianópolis*, 2013, vol.4 no.4. [cited 2017 Mai 17]; Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400003
11. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado salud colectiva 2011; 7(1):9-20. [cited 2017 Jun 01]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/287333982_EL_reconocimiento_de_la_produccion_subjetiva_del_cuidado
12. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(4):439-44. [cited 2017 Jun 10]; Available from: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n4/v22n4a15.pdf>

CONFIGURAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Selma Regina de Andrade¹, Márcia Danieli Schmitt¹, Micheli Luzia Schittler¹, Alexandra Ferreira¹, Andriela Backes Ruoff¹, Talita Piccoli¹

Objetivo: configurar a gestão do cuidado de enfermagem, segundo as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem. **Metodologia:** estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, do tipo documental, com fonte de dados na legislação do Conselho Federal de Enfermagem, de 1975 a 2017. As Resoluções foram organizadas em tabelas do Microsoft Word e analisadas no software MaxQDA®. **Resultados:** com base nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, os resultados deste estudo mostraram que o enfermeiro é o profissional que atua como gestor do cuidado de enfermagem. Dentre as 33 Resoluções que atenderam aos critérios de inclusão, identificaram-se e analisaram-se três categorias: atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem; deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial e a autonomia profissional para a prática gerencial. **Conclusão:** o enfermeiro possui atividades privativas, autonomia profissional, deveres e obrigações e vedações diretamente relacionadas à sua atuação no gerenciamento dos serviços e cuidados de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Deliberações; Organização e Administração.

CONFIGURATION OF THE MANAGEMENT OF NURSING CARE IN BRAZIL: A DOCUMENTARY ANALYSIS

Objective: to configure the management of nursing care, according to the Resolutions of the Federal Nursing Council. **Methodology:** a qualitative, exploratory-descriptive, documentary type study whose data source constituted the Council's legislation Federal University of Nursing, from 1975 to 2017, available on its website. The Resolutions were organized into Microsoft Word tables and analyzed in MaxQDA® software. **Results:** based on the Resolutions of the Federal Nursing Council, the results of this study showed that the nurse is the professional who acts as nurse care manager. Among the 33 Resolutions that met the inclusion criteria, three categories were identified and analyzed: private assignments for nursing management; duties and obligations in the managerial scope and the professional autonomy for the managerial practice. **Conclusion:** the nurse has private activities, professional autonomy, duties and obligations and prohibitions directly related to their performance in the management of services and nursing care.

Descriptors: Nursing; Deliberations; Organization and Administration.

CONFIGURACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN BRASIL: UN ANÁLISIS DOCUMENTAL

Meta: configurar la gestión del cuidado de enfermería, según las Resoluciones del Consejo Federal de Enfermería. **Metodología:** estudio cualitativo, de naturaleza exploratorio-descritiva, del tipo documental, con fuente de datos en la legislación del Consejo Federal de Enfermería, de 1975 a 2017. Las Resoluciones fueron organizadas en tablas de Microsoft Word y analizadas en el software MaxQDA®. **Resultados:** Los resultados de este estudio mostraron que El enfermero es el profesional que actúa como gestor del cuidado de enfermería. Entre las 33 Resoluciones que atendieron a los criterios de inclusión, se identificaron y analizaron tres categorías: atribuciones privativas para el manejo de enfermería; deberes y obligaciones del enfermero en el ámbito gerencial y la autonomía profesional para la práctica gerencial. **Conclusión:** el enfermero posee actividades privativas, autonomía profesional, deberes y obligaciones y vedaciones directamente relacionadas a su actuación en la gestión de los servicios y cuidados de enfermería.

Descritores: Enfermería; Deliberaciones; Organización y Administración.

INTRODUÇÃO

No Brasil, algumas profissões são controladas e fiscalizadas por seus Conselhos Profissionais, entidades jurídicas de direito público com autonomia administrativa e financeira, denominadas de autarquia. Os Conselhos Profissionais regulamentam as profissões, objetivando defender a integralidade e a disciplina, zelando pela ética do exercício profissional⁽¹⁾.

A entidade regulamentadora do exercício profissional da enfermagem é o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Ao Cofen, atribuiu-se a responsabilidade de instalação de Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) para fiscalizar o exercício profissional nos estados brasileiros, sendo esta a unidade central do Sistema Cofen/Coren⁽²⁾.

As normatizações definidas pelo Cofen orientam o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, contribuindo para a expansão da atuação dos profissionais. O enfermeiro desenvolve atribuições privativas, normatizadas em resoluções exclusivas ou associadas a normas para a equipe de enfermagem⁽³⁾. Dentre as atribuições, cabe privativamente ao enfermeiro a gestão do cuidado de enfermagem.

O processo de trabalho de enfermagem pode ser compreendido em diferentes subprocessos – cuidar, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar – em que cada qual dispõe de seus próprios elementos e coabitam em diferentes situações. No âmbito gerencial, os instrumentos de trabalho do enfermeiro abarcam os recursos humanos e a organização do trabalho, sendo executados por diferentes ferramentas (planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, supervisão, avaliação, entre outras ações). O processo gerencial abrange outros recursos, como os materiais, instalações, equipamentos e a força de trabalho, gerando condições para a realização do cuidado integral⁽⁴⁾.

A articulação entre as dimensões assistencial e gerencial do cuidado de enfermagem é complexa, em especial em sua visibilidade, sendo que o enfermeiro, ao ter reservada pelo Conselho Profissional a atribuição gerencial, tende a comprometer-se com esta ação, como subsidiária à viabilização do cuidado⁽⁵⁾.

A temática da gestão do cuidado de enfermagem é matéria de interesse para a categoria profissional, visto que as dimensões envolvidas são complementares e exigem condições estruturais e processuais para sua realização. Assim, considerando que a regulamentação da enfermagem realizada pelo Cofen define as atribuições do enfermeiro, este estudo objetiva: configurar a gestão do cuidado de enfermagem, segundo as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, do tipo documental.

População e amostra

A pesquisa realizou-se com fonte de dados nas legislações oficiais do Cofen, em particular as Resoluções, do período de 1975 a 2017.

Por Resolução, compreende-se a deliberação de órgãos a respeito de seu funcionamento e regulamentação de matéria de sua especificidade, voltada ao esclarecimento de situações características de determinada área de atuação⁽⁶⁾.

Foram incluídas as Resoluções que abordaram a temática da gestão do cuidado de enfermagem. Excluíram-se as Resoluções revogadas, retificadas, vedadas, modificadas e as fora do escopo.

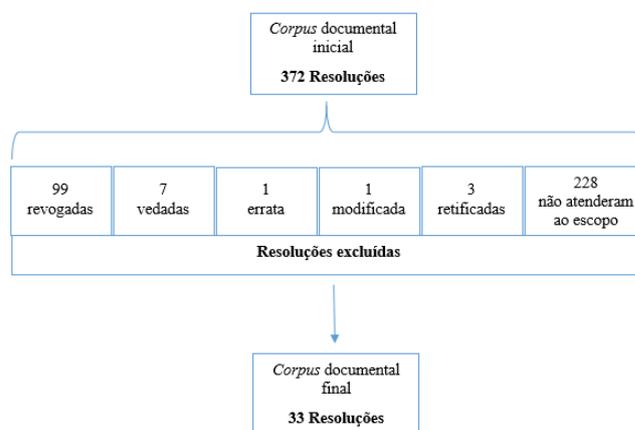
Local de estudo

A legislação consultada está disponível no seguinte endereço eletrônico: [www.cofen.gov.br/categoria/legislação](http://www.cofen.gov.br/categoria/legisla%C3%A7%C3%A3o).

Coleta dos dados

Os dados foram coletados entre setembro de 2016 e janeiro de 2018, sendo o corpus documental inicial de 372 Resoluções. Após seleção aplicando os critérios de inclusão e exclusão, resultou-se em um corpus documental final de 33 Resoluções. A primeira Resolução é datada do ano 1997, duas são do ano de 1997, três de 1998, uma de 2001, uma de 2002, uma de 2004, uma de 2005, uma de 2009, duas de 2011, cinco de 2012, uma de 2013, três de 2014, duas de 2015, três de 2016 e sete de 2017. A figura 1 apresenta o fluxograma da seleção dos documentos.

Figura 1: fluxograma da seleção dos documentos



O *corpus* documental inicial foi organizado em tabelas do *Microsoft Word*®, sendo avaliada em cinco dimensões⁽⁷⁾: contexto de criação do documento e autoria; a autenticidade e confiabilidade do texto; a natureza do documento; os conceitos-chave e lógica interna do texto.

Neste estudo, a criação dos documentos, reconhecendo estes como as Resoluções do Cofen, teve como objetivo a normatividade, a disciplina e fiscalização da atuação de enfermagem. O autor do documento foi compreendido como colegiado deliberativo do Cofen, garantindo a autenticidade e confiabilidade do texto ao considerá-lo órgão de referência administrativa para a categoria profissional. Quanto à natureza do documento, as Resoluções são de natureza jurídica para a deliberação dos assuntos relativos à Enfermagem.

Procedimentos de análise dos dados

Os documentos que atenderam aos objetivos do estudo foram analisados com o suporte do *software* MaxODA®, gerando códigos com os conceitos-chaves sobre a normatividade, disciplina e fiscalização do exercício da enfermagem, posteriormente organizados em categorias.

Cabe elucidar que os termos gestão, gerência e gerenciamento, embora possuam suas especificidades, serão tratados como sinônimos, tendo em vista os diferentes empregos destes termos de acordo com a época em que foram redigidas as Resoluções. Ademais, mesma explicação se aplica à utilização dos termos “Cuidado de enfermagem” e “Assistência de enfermagem” como sinônimos, no presente estudo.

Procedimentos éticos

Por se tratar de uma pesquisa documental cuja fonte de dados é de domínio público e de livre acesso, o presente estudo não necessitou de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

Após a leitura flutuante do *corpus* documental inicial, identificaram-se códigos de ação do enfermeiro na gestão de enfermagem presentes em Resoluções, constituindo o *corpus* documental final. Estes códigos, categorizados, compreendem conceitos-chaves, os quais foram agrupados em conjuntos de palavras similares, resultando em três categorias. O quadro 1 apresenta os conceitos-chave e o agrupamento em categorias.

Quadro 1. Conceitos-chave e o agrupamento em categorias. Florianópolis, 2018.

Categoria	Conceitos-chave das Resoluções
Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem	privativamente; privativo; somente; supervisor/supervisão; orientação; exclusivamente
Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial	atuação; habilitado; pode; autonomia
Autonomia profissional para a prática gerencial	competente/competência; deve/dever; incumbe; cabe; obrigado; responsabilidade

As Resoluções que apresentaram conceitos-chave pertencentes a duas categorias foram alocadas no ponto de intersecção entre estas. A categoria “Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem” foi composta por 21 Resoluções, sendo que 11 Resoluções abordaram apenas os conceitos-chave desta categoria, três Resoluções discursaram, também, sobre aspectos relacionados à categoria “Autonomia profissional para a prática gerencial”, e sete foram incluídas na categoria “Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial”.

Em relação à categoria “Autonomia profissional para a prática gerencial”, essa foi constituída por nove Resoluções: uma aborda exclusivamente o conceito desta categoria, três são compartilhadas com a categoria “Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem” e cinco com a categoria “Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial”.

Por fim, a categoria “Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial”, além de compartilhar sete Resoluções com a categoria “Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem” e cinco com a categoria “Autonomia profissional para a prática gerencial”, possui quatro Resoluções que abrangem unicamente seus conceitos-chave, totalizando 16 Resoluções. O Quadro 2 demonstra a organização das categorias e as Resoluções correspondentes.

Quadro 2: Organização das categorias e Resoluções correspondentes. Cofen, 1975-2017

Categoria	Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem	Autonomia profissional para a prática gerencial	Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial
	Resolução n°	Resolução n°	Resolução n°
Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem	214/1998; 266/2001; 270/2002; 375/2011; 423/2012; 427/2012; 450/2013; 546/2017; 551/2017; 556/2017; 557/2017	194/1997; 464/2014; 468/2014;	210/1998; 211/1998; 292/2004; 358/2009; 424/2012; 453/2014; 487/2015;
Autonomia profissional para a prática gerencial		195/1997	303/2005; 501/2015; 516/2016; 511/2016; 547/2017;
Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial			376/2011; 429/2012; 509/2016; 543/2017;

Duas Resoluções apresentaram proibições para a prática do enfermeiro, contudo, pela representatividade numérica, não foram categorizadas neste estudo. A Resolução nº 438/2012 aponta a proibição do enfermeiro assistencial em trabalhar no regime de sobreaviso, referindo-se à ação do empregado estar sujeito e aguardar, em sua residência, ser chamado para o serviço, apresentando exceções. O exercício das atividades de Enfermagem realizado por Obstetrix, fora da área obstétrica, é vedado pela Resolução 516/2016, com exceção nos casos onde haja risco iminente de morte.

É necessário esclarecer que, apesar da recente atualização datada em 2017, não foi incluída neste estudo a Resolução 564/2017, por se tratar do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, visto que permeia todas as categorias já elencadas. O código de ética profissional é um documento cuja observância é obrigatória, instituindo direitos e deveres para aqueles que atuam em determinada profissão, bem como apresenta as condutas que lhes são vedadas e eventuais sanções a serem aplicadas ao profissional que descumprir os regramentos do código⁽⁶⁾.

Atribuições privativas para o gerenciamento de enfermagem

Dentre as atividades privativas do enfermeiro na gestão de enfermagem encontram-se: os profissionais de Enfermagem atuantes como Instrumentador Cirúrgico subordinam-se ao Enfermeiro Responsável Técnico; a contenção mecânica necessita de supervisão do Enfermeiro; a equipe de enfermagem realiza a técnica do brinquedo terapêutico mediante prescrição e supervisão do Enfermeiro; os pacientes graves que necessitam de intubação orotraqueal ou traqueostomia deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro; administração de quimioterapia antineoplásica e atividades que envolvam radiação ionizante devem ser supervisionadas por Enfermeiro.

Constam, ainda, as atribuições privativas do enfermeiro especialista forense; as empresas de prestação de

serviços de Enfermagem Domiciliar devem ser dirigidas por Enfermeiro; a assistência de Enfermagem em unidade móvel de Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro e atuação técnica supervisionada por este; a realização de classificação de risco e priorização da assistência em urgências é privativa do Enfermeiro; a atuação no atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-Hospitalar em Aeronaves de asa fixa e rotativa, no contexto da equipe de enfermagem, é privativa do Enfermeiro; a direção dos serviços de Enfermagem é privativa do Enfermeiro; somente o Enfermeiro pode receber prescrição médica à distância.

Ademais, cabe ao enfermeiro privativamente: no contexto da atenção domiciliar, dimensionar a equipe de enfermagem, planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem, executar os cuidados mais complexos; as atribuições deste profissional em Aconselhamento Genético; realizar o diagnóstico e a prescrição de enfermagem e supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares na realização do Processo de Enfermagem; a inserção de cateter vesical; a supervisão e avaliação dos Procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos; a supervisão e orientação da atuação dos técnicos nos cuidados ao paciente em terapia nutricional.

Autonomia profissional para a prática gerencial

O enfermeiro tem autonomia para solicitar exames de rotina e complementares, quando no exercício de suas atividades profissionais; para coletar sangue do cordão umbilical e placentário; assumir a Responsabilidade Técnica do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; para abertura de Clínica de Prevenção e Cuidado de Feridas; para atuar na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos em locais que ocorra essa assistência; pode ocupar cargo de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas; pode realizar atenção domiciliar de Enfermagem, tanto de forma autônoma quanto em equipe multidisciplinar; o Enfermeiro pode atuar em Aconselhamento Genético; o especialista em hemoterapia atua na coleta, armazenamento, administração e controle de qualidade

Deveres e obrigações do enfermeiro no âmbito gerencial

De acordo com as Resoluções, é incumbência do profissional Enfermeiro: planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos doadores de órgãos e tecidos; a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem; cabe ao gestor do Centro de Material e Esterilização realizar o planejamento,

coordenação, execução, supervisão e avaliação das etapas relacionadas ao processamento dos produtos de saúde.

As Resoluções definem as competências do Enfermeiro: em quimioterapia antineoplásica, em radioterapia, no cuidado às feridas, na atuação do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, Enfermeiro Obstetrix nos serviços de obstetrícia; no cuidado de maior complexidade técnica ao paciente em terapia nutricional; realizar o quadro quanti-qualitativo de profissionais necessários para a Assistência de Enfermagem;

O Enfermeiro: deve e tem como responsabilidade registrar as informações referentes ao processo de cuidar, e ao gerenciamento dos processos de trabalho, em prontuário; que recebe prescrição médica à distância é obrigado a elaborar um relatório constatando a situação de urgência, as condutas médicas prescritas, as atividades executadas pela Enfermagem e a resposta clínica do paciente; deve apresentar certificado de responsabilidade técnica, quando exercer o cargo de responsável pela elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; preferencialmente, ao coordenar serviços de Hemoterapia, deve ser especialista nesta área. O Enfermeiro possui deveres no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde; o Enfermeiro Responsável Técnico tem a responsabilidade de realizar o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem; para realizar a coleta de sangue do cordão umbilical e placentário, o Enfermeiro deverá estar habilitado e capacitado para tal.

DISCUSSÃO

A enfermagem é uma profissão que permeia e gerencia o processo de cuidar, estando presente na maioria dos estabelecimentos de saúde. O enfermeiro realiza diferentes atividades e possui diversas incumbências em sua prática gerencial, estando assegurado pelas legislações da profissão, cumprindo privativamente algumas funções. Possui também autonomia profissional e deveres e obrigações na execução de determinados ofícios.

O enfermeiro também possui atribuições privativas no gerenciamento, na assistência, no ensino e na pesquisa. O enfermeiro percebe o desenvolvimento do seu trabalho, vinculado a essas quatro dimensões distintas. Na parte gerencial, entre outras atribuições, o enfermeiro assume papel imprescindível para a gerência do cuidado, de recursos humanos e materiais e organização do serviço, cujas ações têm por finalidade garantir uma assistência segura⁽⁹⁾.

Compete privativamente ao enfermeiro supervisionar a equipe nas ações de cuidado de enfermagem. A supervisão, como ferramenta gerencial, integra e coordena os recursos humanos e realiza o processo educativo, para que se obtenha

um atendimento eficiente, atendendo os requisitos do paciente e das instituições. No atendimento pré-hospitalar, os enfermeiros devem compreender como é complexa e importante a sua atuação na supervisão deste serviço, sobretudo, pela complexidade do atendimento prestado e por suas características peculiares⁽¹⁰⁾. Já nos serviços de urgência e emergência, uma das competências privativas do enfermeiro, regulamentada em nível nacional, é a classificação de risco⁽¹¹⁾.

O enfermeiro supervisiona a equipe de enfermagem na contenção mecânica, contudo, o uso de restrições é complexo, que transcende o cuidado de enfermagem e abrange questões físicas, psicológicas, legais e éticas⁽¹²⁾. No brinquedo terapêutico, o enfermeiro, como parte do seu plano de cuidados, tem a atribuição de prever, prover e facilitar essa atividade para a criança hospitalizada⁽¹³⁾. Já no tratamento ao paciente oncológico, por sua complexidade e pelo tempo de contato com o paciente, o enfermeiro observa e coleta informações que colaboram com o cuidado multiprofissional⁽¹⁴⁾.

Como competência privativa, o enfermeiro forense realiza investigação e observação contínua dos casos de violência, denúncias e falhas de processos, podendo ser objeto de perícia. O papel de educador contribui para evitar possíveis danos (negligência, imperícia e imprudência) do qual a equipe possa responder judicialmente⁽¹⁵⁾.

No atendimento domiciliar, o enfermeiro exerce a coordenação do plano de cuidados no domicílio e no vínculo que estabelece com usuários, familiares e cuidadores. Entre as ações realizadas pelo enfermeiro na atenção domiciliar, destacam-se: apoio interpessoal, educação em saúde, realização de procedimentos técnicos, supervisão clínica e administrativa da equipe de enfermagem⁽¹⁶⁾.

No Processo de Enfermagem, o enfermeiro realiza o diagnóstico e a prescrição de enfermagem e supervisiona as atividades dos técnicos e auxiliares. O desenvolvimento do processo de enfermagem norteia a prática do enfermeiro. Advém de habilidades e capacidades intelectuais, psicomotoras e emocionais que envolvem o pensamento, o raciocínio, bem como a forma como se pensar, flexibilizar, inovar e criar o planejamento da assistência, promovendo a autonomia profissional^(17,18).

A autonomia, também entendida como independência, liberdade e autossuficiência, pressupõe independências moral e intelectual para usufruir da capacidade de governar-se pelos próprios meios e tomar decisões livremente⁽¹⁹⁾. A autonomia do enfermeiro está presente em diversos campos de atuação, essencialmente em suas atribuições privativas; nos cargos de direção, foca na gestão de recursos humanos e materiais para o alcance de objetivos organizacionais⁽¹⁶⁾.

Na atenção terciária, o enfermeiro tem autonomia para a coleta de sangue de cordão umbilical e placentário. A atuação do enfermeiro na área operacional e no gerenciamento do serviço mostrou-se estratégica em bancos públicos de sangue de cordão umbilical e placentário no sul do Brasil⁽²⁰⁾. Nos serviços de hemoterapia, a coleta, armazenamento, administração e controle de qualidade são de responsabilidade do enfermeiro, além da assistência de forma integral aos doadores, receptores e familiares, promovendo ações de prevenção, educação e cuidado entre receptor e doador⁽²¹⁾.

A autonomia do enfermeiro no aconselhamento genético, no cuidado com feridas e no atendimento domiciliar vem ganhando espaço nos últimos anos. A crescente demanda de pessoas que necessitam dos serviços de aconselhamento genético faz com que seja necessária capacitação em genética e genômica. O aconselhamento pode ser uma excelente estratégia para melhoria na profilaxia, diagnóstico e tratamento, contribuindo para a diminuição nos índices de morbidade e mortalidade ligados às doenças genéticas⁽²²⁾.

Para crescimento da autonomia do enfermeiro no cuidado com feridas, algumas dificuldades precisam ser superadas. A ausência de comissões de curativos, indisponibilidade de produtos para a cobertura, falta de liberdade de atuação e a ausência de protocolos institucionais são fatores dificultadores para o alcance da autonomia do enfermeiro nesta área⁽¹⁹⁾.

A profissão enfermagem é pautada sobre o código de ética, o qual estabelece parâmetros em relação aos direitos, deveres, obrigações, proibições e responsabilidade frente às relações profissionais. Esses aspectos são fundamentados nos princípios morais reconhecidos e aceitos pela sociedade⁽²³⁾.

O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão foi investigado por um estudo no qual os enfermeiros destacaram, como um dever da enfermagem, exercer o sigilo e o respeito frente às relações entre os profissionais e o paciente, seus familiares, entre os próprios enfermeiros e a equipe de enfermagem. Os princípios percebidos relacionam-se aos deveres e responsabilidades inerentes à sua prática⁽²³⁾.

Limitações do estudo

Considerando a atuação do enfermeiro em diferentes dimensões, entende-se como limitação do estudo, o enfoque somente nas suas atribuições na gestão do cuidado de

enfermagem. Pesquisas semelhantes, com foco nas demais dimensões (assistência, ensino, pesquisa), iriam contribuir para o fortalecimento da profissão, como provedora do cuidado.

Contribuições para a prática

Esta pesquisa tem a expectativa de contribuir e servir de referência aos enfermeiros, permitindo uma visão sistematizada do que o órgão da classe respalda sobre a gestão do cuidado de Enfermagem, especialmente no que concerne às atribuições privativas, à autonomia profissional e aos deveres e obrigações da categoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é uma síntese das atribuições do enfermeiro na gestão do cuidado de Enfermagem. Da análise das Resoluções, depreende-se que o enfermeiro possui atividades privativas, autonomia profissional, deveres e obrigações e vedações na atuação no gerenciamento que envolvem os serviços e cuidados de enfermagem.

Entre as atribuições privativas, destacam-se a supervisão realizada pelo enfermeiro em todos os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, nos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como a direção dos serviços de enfermagem; a coordenação, planejamento, organizações, avaliações do cuidado prestado. Tais atribuições, embasadas no conhecimento técnico-científico, confere ao enfermeiro autonomia profissional em distintos cenários de atuação.

Contribuição dos autores

Selma Regina de Andrade contribuiu com concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Márcia Danieli Schmitt concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Micheli Luzia Schittler concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; Alexandra Ferreira concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Andriela Backes Ruoff interpretação e discussão dos dados, redação do artigo e revisão crítica; Talita Piccoli interpretação e discussão dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho VD, Oliveira TA, Silva DC. Valores organizacionais em instituições públicas brasileiras: percepções dos servidores em diferentes posições hierárquicas e tipos de entidade da administração indireta. *RevAdm Mackenzie* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 22];14(5). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ram/v14n5/04.pdf>
2. Silva MCN, Albuquerque GL, Barreto IS. Organização político-profissional da enfermagem: Sistema Cofen/Conselhos Regionais na luta pelos ideais da enfermagem brasileira. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 20];2(1):46-50. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/74/61>
3. Andrade SR, Piccoli T, Ruoff AB, Ribeiro JC, Sousa FM. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. *REBEN* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 20];69(6). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1082.pdf>
4. Felli VEA, Peduzzi M. O Trabalho Gerencial em Enfermagem. In: Kurcgant P et al. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.1-12.
5. Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 29];17(2). Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a16.pdf>
6. Gasparini D. *Direito Administrativo*. 17. ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
7. Cellard A. Análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 295-316.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 0564/2017. *Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. 2017 [cited 2018 Mar 29]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
9. Presotto GV, Ferreira MBG, Contim D, Simões ALA. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 19];15(5). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3237>
10. Bernardes A, Maziero VG, El Hetti LB, Baldin MCS, Gabriel CS. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 29];16(3):635-43. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a19.pdf>
11. Filho LAM, Martini JG, Vargas MAO, Reibnitz KS, Bittencourt JVOV, Lazzari D. Competência legal do Enfermeiro na urgência/Emergência. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 29];7(1):18-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/659/278>
12. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertoncello KC. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 20];24(2):513-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00513.pdf
13. Rocha MCP, Dias ECV, Fossa AM, Horibe TM. O significado do brincar e da brinquedoteca para a criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Saúde ver* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 18];15(40):15-26. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2523>
14. Souza NR, Melo JTS, Freire DA, Souza MAO, Oliveira MBP, Bezerra DM. Nursery and importance of professional qualification in radiotherapy services. *Rev enferm UFPI* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 19];5(3):18-23. Available from: www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/5496/pdf
15. Nery TPAB, Lages RCN, Tenório BMP, Monte NL. Possibilidades de uma enfermagem forense em hospital de urgência. *R Interd* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 19];7(3):61-70. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/245/pdf_138
16. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *REBEN* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 20];70(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100210&script=sci_arttext&tlng=en
17. Garcia TR. Sistematização da Assistência de Enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 18];20(1):5-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>
18. Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 20];17(1). Available from: https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo_Eric.pdf
19. Santos EI, Oliveira JGAD, Ramos RS, Silva ACSS, Belém LS, Silva AL. Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais. *ESTIMA* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 18];15(1):3-9. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/445>
20. Lopes LA, Bernardino E, Crozeta K, Guimarães PRB. Good practices in collecting umbilical cord and placental blood. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 30];24:e2770. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100389
21. Oliveira FF. Reflexão sobre o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem frente ao processo de hemoterapia. *Revista Multitexto* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 18];4(1):48-54. Available from: <https://doaj.org/article/f85410f097c54e7ea7f38ecda32c86c3?>
22. Cardoso MCV, Cordeiro Júnior DA. Enfermagem em genômica: o aconselhamento genético nas práticas assistenciais. *REME* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 15];20:e956. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1090>
23. Barbosa ML, Rodrigues HNS, Celino SDM, Costa GMC. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 20];31(4):e21978. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978>

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL QUANTO AO ALEITAMENTO MATERNO: O OLHAR DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NO ESTADO DE SERGIPE

Stefani Catarina Gois Santana¹, Andreza Carvalho Rabelo Mendonça¹, Jéssica Natália de Oliveira Chaves¹

Objetivo: Analisar as ações de promoção, proteção e apoio à prática da amamentação realizada pelos profissionais de saúde, no olhar das puérperas. **Métodos:** Estudo descritivo e observacional, realizado em uma maternidade de alto risco no município de Aracaju, SE. **Resultados:** 96% das puérperas realizaram o pré-natal completo e 56,78% não receberam nenhum tipo de orientação. Dentre as orientações recebidas, a mais citada refere-se ao tempo recomendado para a amamentação (12,29%), seguida da importância da amamentação (9,75%). **Conclusão:** Mesmo com a adesão da maioria das puérperas à realização do pré-natal completo, há ainda uma necessidade de maiores informações, orientações e apoio dos profissionais quanto ao aleitamento materno.

Descritores: Orientação profissional; Aleitamento materno; Puerpério.

PROFESSIONAL ORIENTATION ON BREASTFEEDING: THE LOOKING OF PUERPERAS IN A MATERNITY OF HIGH RISK IN THE STATE OF SERGIPE

Objective: To analyze the actions of promotion, protection and support to the practice of breastfeeding performed by health professionals, in the eyes of puerperal women. **Methods:** Descriptive and observational study, carried out in a high risk maternity hospital in the city of Aracaju, State of. **Results:** 96% of the women who completed the full prenatal care and 56.78% received no guidance. Among the received guidelines, the most cited refers to the recommended time for breastfeeding (12.29%), followed by the importance of breastfeeding (9.75%). **Conclusion:** Even though the majority of postpartum women are adherent to complete prenatal care, there is still a need for more information, guidance and support from professionals regarding breastfeeding.

Descriptors: Professional orientation; Breastfeeding; Puerperium.

ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN EL ALCANCE MATERNO: LA MIRADA DE LAS PUÉRPERAS EN UNA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO EN EL ESTADO DE SERGIPE

Objetivo: Para analizar las acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de los amamantamiento realizados por la salud, en los ojos de las mujeres puerperales. **Métodos:** Descriptive and observational study, llevado a cabo en un alto riesgo de maternidad hospital en la ciudad de Aracaju, State of. **Resultados:** 96% de las mujeres que completó el completo prenatal care y el 56.78% recibido en la guía. En las primeras pautas, el más citado se refería al recomendado para el amamantamiento (12.29%), seguido por la estima del amamantamiento (9.75%). **Conclusión:** Sin embargo, la mayoría de las mujeres postpartum de las mujeres son adherentes a completar el prenatal care, todavía no es necesario obtener más información, orientación y apoyo de los profesionales que se comprometen a amamantar.

Descriptoros: Orientación profesional; Lactancia materna; Puerperio.

¹Faculdade Estácio Sergipe. Aracaju/SE.

Autora correspondente: Stefani Catarina Gois Santana. E-mail: stefany.catarina2@gmail.com

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno traz vários benefícios para os recém-nascidos e mães⁽¹⁾. Ele supre todas as necessidades nutritivas e mantém um bom ritmo de crescimento e desenvolvimento do bebê, favorece o vínculo entre a mãe e o filho, protege contra infecções, doenças respiratórias e gastrintestinais e apresenta vantagens de ordem imunológica, cognitiva e motora para a criança⁽²⁾. Para a mãe, a amamentação acelera a involução uterina e reduz hemorragias, diminui o risco de câncer de mama, recupera o peso pré-gestacional, e, para a família, representa economia financeira⁽³⁻⁴⁾.

Também é considerado uma estratégia-chave para a sobrevivência infantil⁽⁵⁾. Globalmente, mais de um milhão de recém-nascidos poderiam ter sobrevivido anualmente com o aleitamento materno iniciado desde a primeira hora de vida⁽⁶⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as mulheres amamentem exclusivamente seus bebês até 6 meses de idade, e que eles continuem sendo amamentados de forma complementar até o segundo ano de vida ou mais⁽⁷⁾. No entanto, verifica-se no território brasileiro, que embora a maioria das mulheres inicie o aleitamento materno, mais da metade das crianças já não se encontram em amamentação exclusiva no sexto mês de vida⁽⁸⁾.

No Brasil, a partir da década de 1980, o Ministério da Saúde investiu em programas e políticas em prol da amamentação⁽⁹⁾. Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado a fim de incentivar a prática da amamentação e reduzir o desmame precoce⁽¹⁰⁾. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é um marco desse programa, idealizado pela Organização Mundial de Saúde e a Organização das Nações Unidas para a Infância, com o objetivo de apoiar a amamentação⁽¹¹⁾.

Seguindo os princípios do IHAC, o Ministério da Saúde criou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) com a implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” para promover, proteger e apoiar a amamentação, por meio da mobilização das equipes de atenção básica à saúde⁽¹²⁾. O Banco de Leite Humano (BLH) é outro serviço especializado para a promoção do aleitamento materno, e sua proteção e apoio⁽¹³⁾.

O aconselhamento dos profissionais de saúde quanto à amamentação é crucial e as orientações devem ocorrer em diferentes momentos, como no pré-natal, na sala de parto, no puerpério e se estender também à rede de apoio familiar⁽¹⁴⁾. Visto que as mães sofrem várias influências sobre a decisão de amamentar, dentre elas a falta de conhecimento e a motivação e facilidade do uso de fórmulas infantis⁽¹⁵⁾.

A falha na amamentação, mesmo com um forte desejo de efetivá-la, está diretamente relacionada à falta de

acesso à orientação e apoio adequado⁽¹⁶⁾. O aconselhamento profissional vem para reforçar a autoestima e confiança na capacidade de amamentar, pois a falta de orientação materna adequada contribui fortemente para a diminuição da duração do aleitamento⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. As mulheres querem ser ajudadas no manejo da amamentação e consideradas em sua autenticidade e singularidade⁽¹⁹⁾.

Com base nessa problemática, o estudo teve por objetivo: analisar as ações de promoção, proteção e apoio à prática da amamentação realizada pelos profissionais de saúde, no olhar das puérperas.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo e observacional, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por puérperas internadas nas Alas Azul, Verde e Rosa da maternidade, sendo a amostra constituída por 200 participantes. O processo de amostragem ocorreu por meio dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídas no estudo as puérperas primíparas e múltíparas submetidas ao parto vaginal ou cesariana, após 6 e 8 horas de pós-parto, respectivamente, e excluídas aquelas que abortaram e aquelas que tem o aleitamento contraindicado, como nos casos de mães portadoras de doenças graves, crônicas, debilitantes, infectadas pelo HIV ou que precisem tomar medicamentos nocivos ao bebê.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade de alto risco, referência na área de obstetrícia, no município de Aracaju, Sergipe.

Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Depois de orientadas quanto ao objetivo do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada uma entrevista com registro em formulário semiestruturado, contendo variáveis divididas em 3 tópicos que incluem: identificação da parturiente, dados obstétricos e dados sobre o aleitamento materno.

Procedimento de análise dos dados

Após a coleta todos os dados foram tabulados e transformados em gráficos pelo programa Microsoft Excel para análise estatística dos resultados obtidos.

Procedimentos éticos

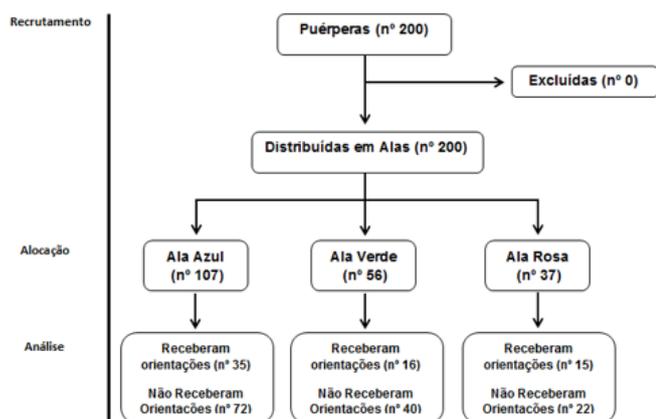
Este trabalho foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade Estácio de Sergipe e aprovado sob número do CAAE: 61780316.0.0000.8079. Todos os sujeitos incluídos no estudo assinaram o TCLE previamente à aplicação do questionário.

RESULTADOS

Das puérperas inicialmente selecionadas foram excluídas as que recusaram a participação, resultando em 200 efetivamente entrevistadas. No olhar de 81% dessas puérperas, há a necessidade de maiores informações, orientações e apoio dos profissionais quanto ao aleitamento materno.

A Figura 1 mostra o recrutamento e alocação das puérperas, e a análise das orientações recebidas por estas com relação ao aleitamento materno. As 200 puérperas recrutadas se encontravam distribuídas em três alas distintas: Ala Azul, Ala Rosa e Ala verde. Esta última correspondente ao intitulado "Projeto Canguru", o qual recepciona recém-nascidos pré-maturos visando o fortalecimento dos laços do binômio e a prática da boa pega. Na Ala azul houve predominância de puérperas (107), contudo, nota-se que em todas as alas houve incidência do número de puérperas que não receberam orientações, totalizando 134 puérperas.

Figura 1. Fluxograma de recrutamento, alocação e análise das orientações quanto ao aleitamento materno durante a gestação. Aracaju-SE, 2017.



O perfil socioeconômico da amostra (Tabela 1) aponta para faixa etária dos 19 aos 25 anos (34%) e o comprometimento de escolaridade situado entre o ensino médio (48%) e o fundamental (43%). Observando os dados obstétricos iniciais da amostra nota-se que 96% concluíram o pré-natal, oferecido de forma gratuita nas Unidades de Saúde da Família; E um alto percentual de partos cesárias (54%), dado à destinação de atendimento da instituição à qual foi submetida à pesquisa, que acolhe gestantes de alto risco, prioritariamente.

Tabela 1. Tabela de dados socioeconômicos e obstétricos. Aracaju-SE, 2017.

Faixa Etária	Valores	
	N	%
12 – 18 anos	28	14%
19 – 25 anos	68	34%
26 – 32 anos	44	22%
33 – 39 anos	49	24%
Acima de 40 anos	11	6%
Nível de Escolaridade	Valores	
	N	%
Ensino Fundamental	87	43%
Ensino Médio	96	48%
Ensino Superior	16	8%
Analfabeta	1	1%
Pré-Natal	Valores	
	N	%
Completo	192	96%
Não fez	1	0,5%
Parcial	7	3,5%
Tipos de Parto	Valores	
	N	%
Parto Vaginal	93	46%
Parto Cesária	107	54%
Parto Vaginal com Fórceps	0	0%

O posicionamento de 119 mulheres dentre as que participaram desse estudo, tende à oferta da amamentação por mais de seis meses. Em relação à paridade e o conhecimento apresentado pelas entrevistadas, seguindo a Tabela 2, as secundíparas revelaram maior percentual de conhecimento quanto ao tempo de amamentação (87%). Em contra partida, quando analisadas as puérperas que desconhecem o tempo ideal de amamentação, as primíparas prevalecem (39%) e compõe em número a maior parte da amostra, totalizando 88 puérperas primíparas.

Tabela 2. Correlação entre a paridade e o conhecimento do tempo de amamentação. Aracaju-SE, 2017.

	amamentação			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Primíparas	54	61%	34	39%
Secundíparas	52	87%	8	13%
Tercíparas	16	84%	3	16%
Múltiparas	26	79%	7	21%

Ainda prevalece maior percentual de mulheres que não receberam nenhum tipo de orientação até o momento da coleta (56,78%). Entretanto, analisando as orientações recebidas pelas puérperas nos estágios gestacional e puerperal, 1,69% afirmam ter recebido orientações profissionais, mas não lembram quais. Na Tabela 3, composta por puérperas que recordam as orientações recebidas (41,53%), é possível visualizar os nove itens de orientações citados; Os profissionais de saúde enfatizam as orientações com relação ao tempo recomendado para amamentação (12,29%) e demandam um baixo índice de orientação com relação às rachaduras nos mamilos (0,42%).

Tabela 3. Orientações ofertadas às puérperas por profissionais de saúde. Aracaju-SE, 2017.

Orientações	Valor (%)
Massagem nas mamas	4,24%
Exposição solar das mamas	4,24%
Rachaduras nos mamilos	0,42%
Posições para amamentação	5,51%
Higiene das mamas	2,97%
Tempo recomendado para amamentação	12,29%
Fases e tipos de leite	0,85%
Alimentação saudável	1,27%
Importância da amamentação	9,75%

Nesse estudo os principais desafios citados pelas puérperas foram: Dificuldade na pega e posicionamento do bebê (19%), percepção de insuficiência de leite (9%), mamilo invertido (5%), dor (3%) e fissuras (2%). Apesar de 96% das puérperas terem realizado o pré-natal completo, ainda notou-

se uma carência de informações e orientações às mesmas, 81% delas afirmam na entrevista haver a necessidade de maiores informações por parte dos profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

A visão das mulheres estudadas, de que existe a necessidade de maiores informações, orientações e apoio dos profissionais quanto ao aleitamento materno, mostra uma analogia aos significados expressos por mulheres usuárias de unidades básicas de saúde, do Estado do Rio de Janeiro, acerca do apoio recebido para amamentar. O olhar das mulheres, do estudo atual, corrobora com as depoentes que querem ser ajudadas no manejo da amamentação e consideradas em sua autenticidade e singularidade e neste sentido, revelam que houve pouco apoio como incentivo⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, apesar do elevado número de mulheres que realizaram o pré-natal completo, existe a predominância de puérperas que não receberam orientações profissionais quanto ao aleitamento materno, dado que também foi observado em um estudo de uma maternidade referência em Obstetrícia no município de São Mateus, ES, que refere que 63,8% das mulheres não foram orientadas acerca do aleitamento materno durante o pré-natal⁽²⁰⁾.

O aleitamento materno traz diversos benefícios para a nutrição infantil, sendo foco de estudos de interesse multiprofissional⁽²¹⁾. Nota-se que a maior parte das entrevistadas pretende ofertar a amamentação por mais de seis meses. Não há um consenso no que se refere ao tempo máximo de lactação, mas a preconização da Organização Mundial da Saúde (OMS) objetiva o aleitamento natural exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos de idade ou mais⁽²²⁾. Analisando as orientações recebidas pelas participantes, nos estágios gestacional e puerperal, prevalecem aquelas com relação ao tempo recomendado para amamentação, reforçando a preconização da OMS.

A primeira amamentação pode apresentar algumas dificuldades por falta de informações e de apoio profissional⁽²³⁾. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que durante a primeira hora de vida todo recém-nascido deve ser colocado no peito da mãe para sugar o seu leite, sempre que os dois estiverem em boas condições, aumentando o vínculo de mãe e filho e promovendo o aleitamento materno⁽²⁴⁾. O estudo consolidou-se em uma maternidade de alto risco, por consequência, a maioria das mães entrevistadas não puderam ofertar o aleitamento na primeira hora de vida do filho.

Quanto aos principais desafios encontrados na prática do aleitamento materno as puérperas citaram dificuldade na pega e posicionamento do bebê, fatores anatômicos das mamas como mamilo plano e invertido, dor e fissuras. Resultados similares também foram encontrados em outras

pesquisas, como na pesquisa realizada a partir do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, onde foi postulado que essas dificuldades relatadas, frequentemente, são acompanhadas por ansiedade pelas puérperas⁽¹⁶⁾.

Para melhoria desse cenário, os enfermeiros e demais integrantes das equipes de saúde devem assistir a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e em toda sua integralidade, como constatou um estudo realizado no alojamento conjunto de um hospital maternidade no município do Rio de Janeiro⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

O estudo teve como limitação sua realização em um único cenário, sendo oportuno replicar a investigação em outros espaços.

Contribuições do estudo para a prática

A contribuição do estudo encontra-se no fortalecimento das ações de informação, orientação e apoio à prática da amamentação por parte dos profissionais de saúde. Considerando a evidente necessidade desse fortalecimento espera-se que o estudo em questão possa oferecer subsídios ao demonstrar a visão das puérperas quanto às atuais orientações recebidas.

CONCLUSÃO

No olhar da maioria das puérperas, existe a necessidade de maiores informações, orientações e apoio dos profissionais quanto ao aleitamento materno, pois mesmo com a realização do pré-natal completo não lhes foi assegurado o acesso a orientações sobre amamentação. Embora tenham sido citadas diversas informações pertinentes aos cuidados puerperais e neonatos no interim entre o pré-natal e o puerpério.

Na visão das puérperas, em especial as primíparas, as orientações ofertadas por profissionais de saúde têm um impacto considerável sobre o aleitamento materno, podendo determinar inclusive a continuidade do tempo de amamentação e a superação dos desafios sentidos no processo do amamentar.

Contribuição dos autores:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Stefani Catarina Gois Santana, Andreza Carvalho Rabelo Mendonça, Jéssica Natália de Oliveira Chaves.

REFERÊNCIAS

1. Bui QT, Lee H, Le AT, Dung DV, Vu LT. Trends and determinants for early initiation of and exclusive breastfeeding under six months in Vietnam: results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000-2011. *Global Health Action*. 2016; 9(29433):1-12. Doi: 10.3402/gha.v9.29433
2. Moura ERBB, Florentino ECL, Bezerra MEB, Machado ALG. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade*. jun 2015; 8(2):94-116. Doi: <http://dx.doi.org/10.22280/revintervol8ed2.203>
3. Liben ML, Yesuf EM. Determinants of early initiation of breastfeeding in Amibara district, Northeastern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journa*. 2016; 11(7):2-6. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0067-8>
4. Primo CC, Nunes BP, Lima EFA, Leite FMC, Pontes MB, Brandão MAG. Which factors influence women in the decision to breastfeed?. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(1):198-210. Doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a22
5. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and metaanalysis. *PLOS ONE*. 2017 jul. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>
6. Gultie T, Sebsibie G. Determinants of suboptimal breastfeeding practice in Debre Berhan town, Ethiopia: a cross sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2016; 11(5):2-7. Doi: 10.1186/s13006-016-0063-z
7. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(100):1-8. Doi: 10.1186/s12884-016-0889-9
8. Monteschio CAC, Gaiva MAM, Moreira MDS. The nurse faced with early weaning in child nursing consultations. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(5):587-93. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805151>
9. Hernandez AR, Victora CG. Biopol ticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(9): e00155117. Doi: 10.1590/0102-311X00155117
10. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário SA, Bueno MC. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 22(7):S48-S55. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/644>
11. Ara ujo RG, Fonseca VM, Oliveira MIC, Ramos EG. External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *Intern Breastfeeding J*. 2019; 14(1). Doi: <http://dx.doi-org.ez371.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s13006-018-0195-4>
12. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Cien & Saúde Colet*. 2018; 23(4):1077-1088. Doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016
13. Figueiredo MCD, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva IT. Human milk bank: the breastfeeding counseling and the duration of exclusive breastfeeding. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(2):204-210. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103016>
14. Spindola T, Penha LH, Lapa AT, Cavalcante ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na  tica de mulheres atendidas em um hospital universitário. *Enferm Foco*. 2017; 8(1):42-46. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1>
15. Almeida JM, Martins ACV, Amaral DM, Batista HP, Almeida LCF. Prevalência de intercorrências relacionadas à amamentação em puérperas. *Rev Fac Ciênc M d Sorocaba*. 2018; 20(4):212-7. Doi: 10.23925/1984-4840.2018v20i4a6
16. Carneiro LMMC, Barbieri F, Moro ASS, Freitas HMB, Colom  JS, Backes DS. Prática do aleitamento materno por puérperas: fatores de risco para o desmame precoce. *Ciências da saúde, Santa Maria*. 2014; 15(2):239-248. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1085/1028>
17. Crespo NCT, Santana RF, Alves VH, Pereira AV, Marchiori GRS, Rodrigues DP. Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrizas atendidas no Banco de leite humano. *Enferm Foco*. 2019; 10(1):12-17. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1>
18. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianç as nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 36(2):164-170. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004>
19. Oliveira MIC, Souza IEO, Santos EM, Camacho LAB. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*. 2010; 15(2):599-608. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200036>
20. Visintin AB, Primo CC, Amorim MH, Leite FMC. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm. Foco*. 2015; 6(1/4):12-16. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2015.v6.n1/4.570>
21. Oliveira MR, Santos MG, Aude DA, Lima RM, M dolo NSP, Navarro LH. Shouldmaternalanesthesiadelaybreastfeeding?Asystematicreviewoftheliterature. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019; 69(2):184-196. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.12.006>
22. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde*. jan 2016; 387(10017):475-490. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>
23. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. *Cien & Saúde Colet*. 2018; 23(3):683-690. Doi: 10.1590/1413-81232018233.06262016
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção   saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
25. Barreto CA, Silva LR, Christoffel MM. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Rev. Eletr. Enf*. 2009; 11(3):605-11. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a18.pdf

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA MORTE ENCEFÁLICA CONHECIDOS POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Ednalva Alves Heliodoro¹, Darci de Oliveira Santa Rosa¹

Objetivo: analisar os aspectos éticos e legais da morte encefálica conhecidos por estudantes de enfermagem. **Metodologia:** pesquisa qualitativa com vinte estudantes de enfermagem de uma instituição superior de ensino, no período de junho a julho 2014, por entrevistas gravadas, submetida a análise do discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os conhecimentos adquiridos pelos estudantes de enfermagem envolvem seis dimensões expressa nas ideias centrais: Ações para identificação de possíveis doadores em morte encefálica; Confirmação de morte encefálica e seu registro; Aspectos éticos e legais da comunicação à família sobre morte encefálica; Tomada de decisão da família sobre a doação ou não de órgãos; Assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido pela família; Garantia da integridade do corpo. **Conclusão:** os estudantes de enfermagem conhecem as normativas que regem a doação de órgãos, valorizam a autonomia da família, necessários para a tomada de decisão frente a ética do cuidado.

Descritores: Morte encefálica, Estudantes de enfermagem, Ética, Legislação.

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF ENCEPHALIC DEATH KNOWN BY NURSING STUDENTS

Objective: to analyze the ethical and legal aspects of brain death known to nursing students. **Methodology:** qualitative research with twenty nursing students from a higher education institution, from June to July 2014, by recorded interviews, submitted to the analysis of the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the knowledge acquired by nursing students involves six dimensions expressed in the central ideas: Actions to identify possible donors in brain death; Confirmation of encephalic death and its registration; Ethical and legal aspects of communication to the family about brain death; Family decision-making on organ donation or non-donation; Signature of the informed consent form by the family; Guarantee of the integrity of the body. **Conclusion:** nursing students know the rules governing organ donation, value family autonomy, necessary for decision-making regarding the ethics of care.

Descriptors: Brain death, Nursing students, Ethics, Legislation.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA MUERTE ENCEFÁLICA CONOCIDOS POR ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Objetivo: analizar los aspectos éticos y legales de la muerte encefálica conocidos por estudiantes de enfermería. **Metodología:** investigación cualitativa con veinte estudiantes de enfermería de una institución superior de enseñanza, en el período de junio a julio de 2014, por entrevistas grabadas, sometida a análisis del discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los conocimientos adquiridos por los estudiantes de enfermería involucra seis dimensiones expresadas en las ideas centrales: Acciones para la identificación de posibles donantes en muerte encefálica; Confirmación de muerte encefálica y su registro; Aspectos éticos y legales de la comunicación a la familia sobre muerte encefálica; Toma de decisión de la familia sobre la donación o no de órganos; Firma del Término de consentimiento libre y esclarecido por la familia; Garantía de la integridad del cuerpo. **Conclusión:** los estudiantes de enfermería conocen las normativas que rigen la donación de órganos, valoran la autonomía de la familia, necesarios para la toma de decisión frente a la ética del cuidado.

Descriptor: Muerte encefálica, Estudiantes de enfermería, Ética, Legislación.

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA/BA.
Autor correspondente: Ednalva Alves Heliodoro. E-mail: ednalvaheliodoro@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com o aumento de pessoas que apresentam doença crônica irreversível em seu estágio final de vida, uma das opções de tratamento é o transplante de órgãos sólidos e tecidos humanos para melhoria da qualidade de vida.

O Brasil é o segundo país do mundo que mais realiza transplantes. Em 2018, a taxa de doadores efetivos por milhão (pmp) foi de 16,3 pmp, tendo uma leve diminuição em relação a 2017 (16,6 pmp), afastando da meta prevista para o referido ano (18,0 pmp), o que demonstra a necessidade de estratégias eficazes para efetivação da doação de órgãos (DO)⁽¹⁾.

Muitas dificuldades, desconhecimentos e desconfianças sobre o entendimento, atuação e preparo do potencial doador de órgãos e tecidos são manifestadas pela população, por profissionais de saúde e estudantes de enfermagem (EE), acarretando danos e quedas consideráveis no número de transplantes no Brasil⁽²⁾.

A Morte encefálica (ME) é a parada definitiva das funções do encéfalo, caracterizada pelo coma aperceptivo, ausência dos reflexos do tronco encefálico e apneia. Após esse diagnóstico, a central de notificação, captação e distribuição de órgãos deve ser notificada, independente da condição clínica do doador e desejo de doação da família⁽³⁾.

Existem dois tipos de doadores: os vivos, permitido apenas de órgãos duplos e regeneráveis, exclusivo para cônjuge e parentes consanguíneos até quarto grau, e os não aparentados por decisão judicial⁽⁴⁾; e os falecidos, mediante o diagnóstico confirmado de ME, sem contraindicações conhecidas, dependendo da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, atendendo à sucessão, reta ou colateral, até o segundo grau⁽⁵⁾.

Nesse processo, o enfermeiro atua: no diagnóstico da ME, acolhimento ao familiar, manutenção do potencial doador até o transplante de órgãos e tecidos, exigindo deste o manejo correto e conhecimento científico. Sua atuação é regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 292/2004 que define planejar, executar, coordenar e supervisionar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos⁽⁶⁾.

Diante de tais ponderações, surge a necessidade do uso de fundamentos éticos e legais para nortear o diagnóstico de ME e a prática da DO, pois o profissional e o EE durante sua formação, ao adquirir este conhecimento recebe incentivo à formação de opinião. Isso remete à ideia de que quanto maior o nível de conhecimento, mais possibilidades de esclarecer à população, facilitando a obtenção do consentimento para DO, e este processo deve ser iniciado durante a graduação⁽⁷⁾.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os aspectos éticos e legais da ME conhecidos por EE. Nesta perspectiva, espera-se contribuir com o conhecimento sobre ME, o processo de

formação em enfermagem, atuação em pesquisas e prática profissional.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Os participantes foram 20 EE, da população de 90 matriculados em componentes curriculares, do primeiro ao último ano, que realizavam estágios/práticas no hospital e vivenciavam o cuidado em enfermagem. A amostra do estudo foi constituída obedecendo aos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar aprendendo a prestar cuidados em enfermagem e a ser enfermeiro, sendo excluídos os que estiveram matricula suspensa, cancelamento e ausentes no período das entrevistas.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública de ensino superior do município de Salvador. Na grade curricular do curso em estudo, o primeiro contato com a temática é no segundo semestre com a disciplina de Ética e Bioética I, constando na sua ementa a discussão dos aspectos éticos e legais relacionados à responsabilidade profissional diante da prática em enfermagem e saúde.

Coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica da entrevista realizada nos meses de junho e julho de 2014, de acordo com o horário, o local e dia escolhidos pelos participantes do estudo. Foi solicitado e obtido o consentimento para gravação, utilizando-se a seguinte questão norteadora: Quais são os aspectos éticos e legais da morte encefálica que você conheceu durante a sua graduação? As entrevistas foram transcritas pelas pesquisadoras para posterior leitura e análise do discurso.

Procedimentos de análise de dados

O método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁹⁾ foi utilizado no processo de análise, está apresentado sob a forma de discursos síntese como descrito a seguir: Análise de todas as respostas dadas a uma mesma questão para em seguida avançar para a questão seguinte; identificação e destaque das expressões-chaves e das ideias centrais (IC); identificação das IC a partir das expressões-chaves (ou dos núcleos que ancoram as IC); identificação e agrupamento das IC de mesmo sentido ou de sentido equivalente; criação de uma ideia central síntese que expressasse todas as IC

de mesmo sentido e análise das expressões-chaves e dos núcleos que as ancoram para desenvolvimento das IC e posterior construção dos discursos.

Procedimentos éticos

Para atendimento a Resolução 466/12(8) foi elaborado um TCLE específico para pesquisa, que assegurava aos participantes a autonomia, o sigilo e o anonimato da instituição e destes. O projeto foi submetido ao comitê de ética da instituição e obteve sua aprovação com o Parecer consubstanciado de número 684.257/2014.

RESULTADOS

O processo de análise foi construído considerando o diagnóstico de ME, doação e transplante de órgãos, apresentadas pelas seis IC dispostas a seguir.

IC 1 - Ações para identificação de possíveis doadores em ME

O discurso revela a busca ativa sendo considerada uma investigação de testes diagnósticos para a comprovação da ME. O estudante reconhece que o paciente em eminência e/ou ME necessita da comprovação desta morte por meio de testes: Bom, tem o processo de busca ativa. O profissional faz a busca ativa, faz determinados exames. Existem testes realizados na pessoa com suspeita de ME para comprovar se ela realmente está com esse tipo de morte. Por exemplo, eles colocam algum objeto para ver se tem algum estímulo de deglutição. (DSC 1)

IC 2 - Confirmação de ME e seu registro

O discurso mostra que o EE considera que a ME, quando diagnosticada, significa que o paciente está realmente morto, sendo necessária a assinatura do termo de declaração de ME pelo médico: Eu lembro que a partir do momento que o paciente é tido como [morto] é diagnosticado como ME. O indivíduo só é considerado morto legalmente, quando acontece a ME. Para ser confirmada depende de um médico, para determinar se morreu realmente ou não. E se o resultado for positivo aí é aberto um protocolo para possível DO. Existe um termo de declaração de ME que define oficialmente o diagnóstico de ME, de maneira uniforme. Este é preenchido e assinado quando se constata a ME. (DSC-2)

IC 3 - Aspectos éticos e legais da comunicação à família sobre ME

Quanto aos aspectos éticos, legais e a família, os estudantes revelaram dois discursos. O primeiro mostra a responsabilidade do profissional de saúde na orientação à família sobre a ME, reforçando que ela tem o direito a informações fidedignas sobre a situação do seu familiar

com ME: O que está mais ligado aos aspectos éticos e legais é, primeiramente, ter o contato com o familiar. Informar a respeito da situação e tomar as condutas adequadas. O direito de a família ter o conhecimento sobre o que está acontecendo. A família toda deve estar ciente do conceito de ME. A família tem que ser avisada sobre o que ocorreu e o que está ocorrendo. É necessário de que mais de um profissional identifique a ME e comunique a família. Não passando falsas esperanças de pós-diagnóstico definitivo. O diretor clínico comunica aos responsáveis legais do paciente e à central de notificação, captação e distribuição de órgãos, que estiver vinculada com a instituição onde o paciente se encontra internado. A gente percebeu que tem a questão da família e de como vai se dá todo esse processo da morte, de aceitação. (DSC 3)

O segundo discurso aborda sobre a equipe que cuida. Esta deve respeitar a autonomia da família frente a quaisquer decisões definidas: Embora o indivíduo tenha vindo a óbito, não é o profissional que tem que delegar as funções que devem ser tomadas [pela família], até mesmo por um princípio de respeito à família. Sobre os aspectos éticos e legais, o que eu sei, é que devemos respeitar a família, no caso dessa quiser manter o familiar por aparelhos. E a família deve se responsabilizar por quaisquer ações posteriores a isso, no caso se quiser desligar o aparelho. (DSC 4)

IC 4 - Tomada de decisão da família sobre a doação ou não de órgãos

Os estudantes expressaram que é responsabilidade da equipe consultar a família sobre o desejo em dispor dos órgãos para doação, sem provocar constrangimentos, cabendo somente a ela a tomada de decisão, já que o paciente não pode expor a sua vontade: Quando um paciente está com ME o CIHDOIT [Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante], que é o setor responsável, entra em contato com a família. Tem o pessoal especializado, para saber a possibilidade da DO e esse pessoal tem a capacidade técnica para lidar com isso. A equipe da central de transplante deverá conversar com os familiares do paciente sobre a possibilidade de DO, ressaltando a importância, sem causar constrangimento para ver a possibilidade da doação ou não. Como essa é uma determinação que independe da vontade da pessoa em vida, a família determina o que vai fazer com os órgãos desse [paciente]. (DSC -5)

IC 5 - Assinatura do TCLE pela família

De acordo com os EE, os aspectos éticos e legais sobre a ME significam a assinatura do TCLE, para configurar a concordância e responsabilidade quanto a DO pela família: Caso a família decida fazer a doação dos órgãos deste

paciente, terá que assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem que assinar papéis, e se responsabilizar. Isso tudo vai envolvendo os aspectos éticos e legais. (DSC -6)

IC 6 - Garantia da integridade do corpo

Os aspectos éticos e legais estão relacionados ao cuidado com o corpo que precisa ser respeitado mesmo no estado de ME; não se precisa o prolongamento da vida, mas a integridade do corpo: Eu lembro que a questão dos aspectos éticos e legais estão mais vinculados à questão do cuidado com o corpo, vital ou não, desse indivíduo. Deve-se respeitar e prestar o cuidado a este corpo, mesmo que não haja mais vida. Então, está muito relacionado aos cuidados com o indivíduo mesmo em situação de ME, para manutenção, não da vida diretamente, mas do corpo. (DSC -7).

DISCUSSÃO

Os EE entrevistados demonstraram conhecimento sobre a ética e legalidade relacionado aos critérios para possível DO da pessoa em ME.

As instituições de ensino superior, por intermédio de seus docentes, têm por finalidade mediar o conhecimento, proporcionando um ensino de qualidade que oportunize o desenvolvimento de habilidades e a construção de profissionais conscientes para o exercício da profissão⁽¹⁰⁾.

No tocante a temática de ME, estudos^(10, 11, 12, 13, 14, 15) vêm confirmando os achados de adequado conhecimento dos EE, porém sugerem a inserção da temática em nível de graduação e pós-graduação.

Foi possível observar que muitos EE que participaram dessa pesquisa obtiveram informação sobre o tema dentro da universidade. O acesso à informação é necessário para obter conhecimento sobre a ética e legalidade relacionadas aos critérios para possível DO em ME, uma vez que o indivíduo precisa conhecer sobre o assunto para ter sua opinião formada criticamente.

Estudo com EE japoneses que não eram doadores de órgãos previamente, após serem designados para um programa de educação que incluiu uma palestra seguida de discussão em grupo e a confecção de um folheto informativo, o desfecho primário foi o consentimento para a doação de órgãos por suas famílias⁽¹¹⁾.

Nesse interim, os EE expressam que após a confirmação de ME é realizada a busca ativa e exames comprobatórios para possíveis doadores de órgãos. Estudo com EE e medicina membros de uma comissão de Organização de Procura de Órgãos de um hospital de referência no estado do Ceará demonstrou que a qualidade do potencial doador depende das etapas da notificação, busca ativa e manutenção dos órgãos⁽¹²⁾.

Outro estudo com 492 EE da Universidade do Sul da Polônia constatou que 75% (n = 369) conheciam o conceito de ME e consideraram que significaria a morte de uma pessoa⁽¹³⁾. Corroborando com esses achados, pesquisa realizada com 203 EE de duas universidades públicas de Pernambuco, avaliaram o conhecimento como regular sobre o conceito de ME e o critério adequado para se tornar doador⁽¹⁰⁾.

Um aspecto relevante apontado em pesquisa com 578 estudantes universitários da Faculdade de Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Firat e da Faculdade de Teologia, na Turquia afirma que os EE têm maior nível de conhecimento (P <0.05), este considerado adequado, sobre doação e transplante de órgãos do que os estudantes de teologia⁽¹⁴⁾.

Em relação ao instrumento que confirma a ME, pesquisa com 749 estudantes (406 de medicina e 343 de enfermagem) na Universidade de Modena e Reggio Emilia, na Itália, mostrou que 60% deles conheciam o termo de declaração de ME, mas apenas 40% estavam cientes dos critérios envolvidos na confirmação⁽¹⁵⁾.

Os discursos também evidenciaram que a família, além de estar ciente do diagnóstico de ME, deve ser orientada pelo profissional de saúde sobre a condição de potencial doador, sendo respeitada a sua decisão.

A eficácia do sistema de DO depende dos profissionais de saúde envolvidos na aquisição e no tratamento com os doadores e suas famílias⁽¹⁶⁾. É indispensável que os responsáveis pela entrevista familiar possuam as competências técnicas e interpessoais necessárias para comunicação, esclarecimento de dúvidas e o desenvolvimento de empatia com os familiares⁽¹⁷⁾.

Pesquisa em 630 formulários de entrevista familiar dos potenciais doadores, revela que em 472 houve negativa, entre estas 20,8% era por desconhecimento da vontade do potencial doador, 17,6% pela convicção prévia de não ser um doador e 13,8% por desacordo familiar⁽¹⁸⁾.

Já, estudo realizado com EE na Universidade Kocaeli, na Turquia, trouxe como atitudes negativas para doação e transplante de órgãos: medo, falta de conhecimento, crença religiosa, perda de integridade do corpo do doador, o grau de relacionamento com o receptor, o efeito da decisão sobre a família e o cumprimento de determinados critérios para um receptor⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, o acolhimento familiar constitui um promotor de vínculo entre os profissionais de saúde e a família para a continuidade do processo de doação. Esse vínculo pode influenciar a resposta positiva sobre a DO, mudando o panorama da recusa, porém, todo familiar tem o direito de posicionar-se frente à doação e ter a autonomia respeitada⁽²⁰⁾.

Dessa maneira, após o consentimento para doação, a

família assina o termo para DO, tendo como motivos para sua aceitação à intenção de ajudar pessoas que precisam e fazer o que o familiar havia lhes pedido em vida⁽²¹⁾.

A ME causa diversos efeitos prejudiciais sobre o organismo. O cuidado com a conservação do corpo estabelece a proteção e perfusão de órgãos e sua prioridade é a garantia do suporte fisiológico para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados⁽²²⁾.

O cuidado ao potencial doador cadáver, deve ser conduzido com o mesmo empenho e dedicação como com qualquer outro paciente crítico, principalmente quando se trata daquele em ME, pois este demanda cuidados específicos, devido ao alto risco de instabilidade⁽¹⁷⁾.

Assim, cabe enfatizar que, os EE devem possuir conhecimentos e habilidades que o capacitem para cuidar do paciente em ME. A consciência ética e legal em relação a DO se expressa quando vivenciam o processo na prática⁽²³⁾, porém é necessária a instrução desde a graduação para posterior aprofundamento na pós-graduação. Dessa maneira, uma postura proativa na busca dessas informações em atividades extracurriculares, participação em eventos, rodas de conversas e cursos pode torná-los seguros sobre a temática.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitações o tamanho de sua amostra e a restrição à uma instituição de ensino superior de enfermagem, cujos resultados podem divergir de outras populações.

Contribuições do estudo para prática

A abordagem da ética e legalidade no cenário do potencial doador de órgãos e tecidos é fundamental para o processo de formação de enfermeiros críticos, reflexivos que tenham um embasamento teórico-prático para respaldar sua tomada de decisão frente aos dilemas que emergem no exercício profissional.

CONCLUSÃO

Os EE têm conhecimento das ações para identificação e confirmação da ME; de seu registro; dos aspectos éticos/legais da comunicação à família; da tomada de decisão da família sobre a doação ou não de órgãos; da assinatura do TCLE pela família; da garantia da integridade do corpo, porém como fundamento ético que envolvem o processo de ME valorizam a autonomia da família.

Os discursos abordam a perspectiva ética e legal evidenciadas nas normativas publicadas pelo Ministério da Saúde, relevantes para a assistência e ensino da enfermagem. Com esse conteúdo, os enfermeiros e EE que cuidam de pacientes em ME, podem identificar manifestações fisiopatológicas e adotar medidas para manutenção de órgãos, e ao vivenciarem a relação com esses familiares, podem refletir sobre o conhecimento ético e legal que possuem para a tomada de decisão frente a ética do cuidado.

Sugere-se a reestruturação teórico-prática nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o conceito ético, legal e o processo de ME e DO, no intuito de contribuir para a formação do enfermeiro e atuação no cuidado ao paciente e família, e a realização de novos estudos na perspectiva daquele que cuida.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Ednalva Alves Heliodoro; Darci de Oliveira Santa Rosa.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplante de órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / setembro, 2018. *J Bras Transpl* [Internet]. 2018 [citado 2019 Fev 18]; 24(1):1-23. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/rbt2018-leitura.pdf>
2. Aguiar F, Moreira J. Educação Permanente em Saúde: a Problemática da Doação de Órgãos. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas* [Internet]. 2016 [citado 2019 Fev 19]; 17(2): 153-163. Disponível em: <https://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensino/article/download/3946/3250>
3. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birkholz VR, Zacliffevis et al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 19]; 28(3): 220-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0220.pdf>
4. Bispo CR, Lima JC, Oliveira MLC. Doação de órgãos: uma perspectiva de graduandos de enfermagem. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 15]; 24 (2): 386-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0386.pdf>
5. Brasil. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. In: _____. Ministério da Saúde. *Legislação sobre transplantes no Brasil*. Brasília [Internet]. 2006 [citado 2017 Mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm
6. Conselho Federal de Enfermagem (BR). *Legislação Básica para o exercício da enfermagem*. 4ª ed. Dezembro, 2013.
7. Freire ILS, Dantas BAS, Gomes ATL, Silva MF, Mendonça AEO, Torres GV. Aspectos éticos e legais da doação de órgãos e tecidos: visão dos estudantes de enfermagem. *R. Enferm. Cent. O. Min* [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 15]; 5(2):1594-1603. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/706/861>
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos: Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [Internet]. 2012 [citado 2017 Mar 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
9. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006 [citado 2017 Mar 15]; 10(20): 517-524. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>
10. Costa, JR, Angelim CG, Lira GG, Marinho CLA, Fernandes FECV. Intenção de doar órgãos em estudantes de enfermagem: influência do conhecimento na decisão. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2018 [citado 2019 Fev 19]; 21(239), 2104-2109. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/intencao_de_doar_orgaos_em_estudantes_de_enfermagem.pdf
11. Murakami M, Fukuma S, Ikezoe M, Iizuka C, Izawa S, Yamamoto Y, Yamazaki S, Fukuhara S. Effects of structured education program on organ donor designation of nursing students and their families: A randomized controlled trial. *Clinical transplantation* [Internet]. 2016 [citado 2019 Fev 19]; 30(11): 1513-1519. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27623538>
12. Cisne MSV, Netto JJM, Santos T C, Brito MCC, Soares JSA, Goyanna NF. Percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2019 Fev 20]; 5(1): 64-73. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1627/pdf>
13. Mikla M, Ríos A, López-Navas A, Kasper M, Brzostek T, Martínez-Alarcón L, Ramis G, Ramirez P, López-Montesinos MJ. Brain death: is it a misunderstood concept among nursing students in the south of Poland? *Transplantation proceedings* [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 15]; 47(9): 2578-80. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0041134515010088?token=ADB8EC641837BC3DF883F4BE82A1361EF8F10CD15A9174F871B-9C162D7CC2DEC971030E5F989FF38D80F95A8D54B5216>
14. Soylar P, Kadioğlu, BU. Theology and Nursing Students' Knowledge of Organ Donation and Transplantation. *Transplantation proceedings*. [Internet]. 2018 [citado 2019 Fev 20]; 50(10): 2961-2965. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0041134518309199?token=BA1280911869BD4E-A7613885AF370FBEC1AD00BA8813E8BC8A18A35C9EC3FA-8683CE5A045E1FD1B2793A209E678BE7EE>
15. Fontana F, Massari M, Giovannini L, Alfano G, Cappelli G. Knowledge and attitudes toward organ donation in health care undergraduate students in Italy. *Transplantation proceedings* [Internet]. 2017 [citado 2019 Fev 20]; 49(9): 1982-1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29149948>
16. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GM, Silva EL, Mello AL, Schaefer F. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Fev 21]; 39: e2017-0274. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0274.pdf>
17. Costa IF, Mourão Netto JJ, Brito MCC, Goyanna NF, Santos TC, Santos SS. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2017 [citado 2019 Fev 21]; 25(1): 130-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0130.pdf>
18. Aranda RS, Zillmer JGV, Gonçalves KD, Porto AR, Soares ER, Geppert AK. Perfil e motivos de negativas de familiares para doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev baiana enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Fev 21]; 32:e27560. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27560/17302>
19. Özkan Ö, Baykara-Acar Y, Acar H. Opposition to organ donation and transplant by midwifery, nursing, and social work students. *Experimental and Clinical Transplantation*

PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo. Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Identificação do manuscrito

Título: conciso e informativo;

Autoria: nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

Idioma: serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

Limite de palavras: o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

Formatação: papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

Resumo e descritores: o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

Ilustrações: as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

Limitações do estudo: posicionados no final da discussão.

Referências: as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

Agradecimentos e Financiamento: posicionados no fim do texto;

Aspectos éticos: manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

Transferência de direitos autorais: os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.